

La ricerca di significato alla fine della vita: analisi di un'esperienza di psicoterapia in hospice

ANDREA BOVERO

Summary – RESEARCH OF MEANING AT THE END OF LIFE: ANALYSIS OF AN EXPERIENCE OF PSYCHOTHERAPY IN HOSPICE. The importance of spirituality in coping with terminal illness is becoming increasingly recognized. Among the medically and terminally ill in particular patients struggle with questions about their mortality, the meaning and purpose of life. Aims of this work are to analyze the application of the adlerian psychotherapy in the palliative care context and in particular to study the use of the individual psychology model with advanced cancer patients recovered in hospice, focusing on existential concerns, spiritual needs and to find a meaning at the end of life. Results show the beneficial effect of the brief adlerian psychodynamic psychotherapy in helping terminally ill patients to find a sense of meaning. There are key aspects of Adlerian therapy, as oneness of the concerned person, its teleological aspects, the emphasis on social responsibility, the need to come true in the human community, the strategy of encouragement and the sense of belonging that make it useful in the treatment of the dying patients. Finally this work highlights the ability to sustain a sense of meaning and inner peace particularly important among terminally ill individuals in order to maintain dignity and self-esteem in facing their waning physical abilities.

Keywords: CANCER, SPIRITUALITY, MEANING

I. Introduzione

Le cure palliative, secondo la definizione dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità*, costituiscono una serie di interventi terapeutici ed assistenziali finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti, la cui malattia di base non risponde più ai trattamenti specifici [79]. Fondamentale è il controllo del dolore e degli altri sintomi e in generale dei problemi psicologici, sociali e spirituali dei malati. L'obiettivo delle cure palliative è il raggiungimento della migliore qualità di vita per i pazienti e per le loro famiglie e della migliore qualità del morire [79]. Il passaggio cul-

turale rispetto alla medicina tradizionale è stato di grandissimo spessore poiché si è passati da considerare e curare “la malattia”, al considerare e, quindi, prendersi cura “dell’uomo”. Compito prioritario della medicina palliativa è quello di aiutare il paziente in questo percorso esistenziale, facendo in modo che il paziente si senta accompagnato in quest’ultima fatica da un operatore che sia nel contempo presenza professionale ed umana [19, 32, 59].

Negli ultimi anni è emerso un crescente interesse in medicina al fatto che gli aspetti della spiritualità possano svolgere un importante ruolo rispetto alla qualità di vita e ai processi di *coping*, in particolare per i pazienti che debbano confrontarsi con malattie gravi e che mettano a rischio la sopravvivenza [14, 54, 77]. La situazione di tensione esistenziale, che l’uomo sperimenta in vari momenti della vita, gli fa provare il limite, l’inferiorità umana dalla quale si può riscattare trascendendo la realtà imperfetta con una realtà diversa, fornendo in questo modo un senso esistenziale [20, 46]. Il sentimento di inferiorità dell’uomo che si radica intorno alle tematiche esistenziali della vita e della morte è alla base della teoria adleriana [41]. «La minaccia della morte sull’uomo ed il processo di decadimento fisico che ad essa è connesso vengono considerati dalla Psicologia Individuale come un aspetto importante dell’inferiorità umana a cui si reagisce fin dalla prima infanzia [...]; soltanto se concepiamo sia l’amore che la morte come componenti dell’essere vivi partiamo dall’esistenza per arrivare alla psicologia e non viceversa» (71, p. 92). In questa situazione l’uomo non ha solo bisogno di capire, ma ha paura e soprattutto avvertendo la sua inadeguatezza, sente il bisogno di non sentirsi solo ed inutile, vuole trovare un senso che lo aiuti a superare il senso del limite imposto dalla morte, dalla separazione ed ha bisogno di sentirsi accolto gratuitamente e valorizzato.

Nella particolare popolazione dei pazienti terminali, le angosce relative alla morte sollecitano un profondo *dolore spirituale* che deriva dalla consapevolezza delle numerose perdite cui tali pazienti vanno incontro [22, 25]. Lo sviluppo delle psicoterapie nell’ambito delle cure palliative ha condotto alla definizione di strategie incentrate sulla cura spirituale, basata sul presupposto della necessità dei pazienti di avere risposte non soltanto alle necessità fisiche, mentali o sociali, ma anche alle domande sul significato o sul valore dell’esistenza e sulla spiritualità [16, 21, 26, 31, 40]. In questo studio si vuole riflettere sull’applicabilità del modello adleriano al contesto delle cure palliative attraverso la presentazione di un’esperienza di psicoterapia adleriana con un paziente terminale, e più in generale sul lavoro clinico, condotto con coloro hanno affrontato l’angoscia del morire. In modo particolare si cercherà di analizzare l’utilità del modello adleriano nella ricerca di un senso o di un significato della sofferenza, dei bisogni spirituali dei pazienti alla fine della vita.

II. Adler e la spiritualità

La posizione di Adler nei confronti della spiritualità e della religione si correla con gli assunti fondamentali della Psicologia Individuale che assumono una rilevanza clinica per l'esistenza umana [45, 48, 65]. Adler di famiglia ebraica come Freud, non rinnegò mai la sua religiosità e nel 1904 divenne protestante perché preferiva una divinità comune da condividere con la fede universale dell'umanità [43]. I suoi interessi si concentrarono più sul sociale che sul religioso ma non disconobbe mai l'immensa rilevanza dell'idea di Dio [72] considerata come «il fine più elevato che si proponga alla perfezione umana» (70, p. 19). Si iniziò a sviluppare il dialogo fra religione ed il modello teorico pratico della Psicologia Individuale, grazie al carteggio tra Adler ed il Pastore Jahn in cui vennero messe a confronto le attività religiose e la psicologia adleriana nella soluzione del disagio del vivere [1, 2, 3, 6, 7, 10, 11, 34].

L'idea di Dio può essere compresa ed apprezzata dal punto di vista della Psicologia Individuale nei termini «di una concretizzazione ed interpretazione del riconoscimento umano della grandezza e della perfezione da parte dell'uomo, oltre che come un congiungimento, sia delle parti sia del tutto, come un fine posto nel futuro dell'uomo, un fine che mediante il potenziamento dei sentimenti e delle emozioni accresce, nel presente l'impulso» (7, p. 150). Dio, come meta dell'uomo, è l'armonico completamento dei movimenti incerti ed erronei lungo la strada della vita [9]. L'aspirazione di ciascun individuo che si muove attivamente è verso il superamento, verso la ricerca di perfezione e la ricerca di una sicurezza. Attraverso l'aspirazione alla superiorità ed al "come se", l'uomo tenderebbe ad un'aspirazione all'assoluto in rapporto al costante e pervasivo sentimento d'inferiorità [65]. L'aspirazione alla perfezione è rivolta, perciò, al superamento dei problemi della vita nell'interesse dell'evoluzione dell'individuo come anche dell'umanità. L'unica salvezza, infatti, dal sentimento d'inferiorità, che spinge continuamente, risiede nel conoscere e nel sentire di avere valore e ciò origina dal contributo al benessere comune.

La metà più alta si riferirebbe, pertanto, all'idea pura e semplice del sentimento comunitario: ciò rifletterebbe sempre la stessa meta di superamento che governa, che tende alla perfezione, che concede la grazia [11]. Inoltre, affinché l'ideale di perfezione possa diventare il motore di un reale sviluppo della vita psichica individuale e della vita sociale umana, occorre che si ponga al servizio del sentimento sociale. Ne "Il Senso della vita" Adler scrive: «Che il supremo fine efficiente venga detto divinità o socialismo o idea pura del senso di comunità [...] in ciò si riflette sempre il potente fine del superamento, che permette il compimento e dona la grazia» (7, p. 151).

Pertanto l'amore di Dio e l'amore del prossimo potrebbero essere considerati in modo analogo al sentimento sociale ed il movimento psichico verso la meta potrebbe esprimere il desiderio di perfezione e l'anelito incessante verso una completezza [47, 50, 56]. L'esistenza può essere intesa come un movimento, che si origina da una *forza creatrice*, che si proietta verso una meta ideale che si colloca al di là del dolore, della sofferenza e della morte stessa. La meta ideale è una posizione in più, compensatoria, di recupero, asimmetrica rispetto ad ogni mancanza dell'uomo; tuttavia essa è sempre una meta non raggiunta, poiché non si riesce mai a superare la mancanza vera dell'uomo che è la morte, e pertanto vale solo come meta ideale di perfezione [47]. Di fronte a questo disagio si attivano delle compensazioni atte a risollevarlo la persona fortemente scoraggiata. Ogni volta che il senso d'inferiorità oltrepassa la soglia di sopportazione dell'uomo, scatta il bisogno di innalzare le difese e di riferirsi all'assoluto [56].

Adler riconosce che la religione può svolgere un importante ruolo nello sviluppo e nel mantenimento di un comportamento nevrotico [4]. Il nevrotico si aggrappa a Dio, al suo idolo, e mentre lotta per restare coerente con il proprio ideale, egli perde di vista la realtà. Il nevrotico attenderà fiducioso le direttive di Dio, restando intrappolato nella sua finzione [1]. Anche l'uomo sano si crea una divinità, ma continua a tenere presente la realtà. La finzione religiosa, quindi, può essere funzionale al buon sviluppo psichico e può essere vitale per eliminare il senso d'inferiorità che altrimenti renderebbe la vita molto disperante [1, 24].

Gli adleriani hanno anche esplorato il concetto di spiritualità [27, 29, 49, 55, 75, 76]: numerose sono le definizioni di spiritualità in letteratura, intesa, in generale, come una ricerca individuale di significato e di collegamento con qualcos'altro oltre al sé. Cheston definì la spiritualità secondo una prospettiva adleriana come «la ricerca di una relazione con il potere che ha creato l'universo al fine di trovare un significato nella vita e sviluppare la propria unicità di essere umano» (29, p. 297). Successivamente Mosak e Dreikurs argomentarono che la spiritualità potesse essere considerata come uno dei compiti esistenziali, affrontando temi come l'esistenza di Dio, l'immortalità, il senso della fine, poiché erano questioni che ciascun individuo poteva affrontare nel corso della sua vita [51]. Altri esponenti adleriani evidenziarono che Adler non si riferì mai alla religione e alla spiritualità come un compito esistenziale, tuttavia credevano che questioni sulla spiritualità e sulla religione fossero aspetti essenziali della vita che gli adleriani dovessero trattare [42, 65]. L'approccio adleriano riconosce l'importanza degli aspetti metafisici/spirituali che coinvolgono l'uomo nel suo cammino esistenziale. Adler: «Hanno forse ragione coloro che avvertono nella Psicologia Individuale una componente metafisica, apprezzata da alcuni e criticata da altri. [...] una vera scienza sconfinata sempre nella metafisica e deve essere speculativa e trascendentale. Non trovo ragioni per diffidare della metafisica, che ha influenzato in sommo grado la vita e l'evoluzione dell'umanità» (7, pp. 204-205).

Queste affermazioni evidenziano il bisogno di tenere aperta l'interrogazione sul senso della vita, che continuamente l'uomo ricerca in uno sforzo costante e in una sfida alla complessità del vivere pienamente e snaturatamente accolta. Di conseguenza la religione e la spiritualità rappresenterebbero il modello più rassicurante di elaborare le domande sull'origine e sulla fine del mondo, dell'uomo [33]. Nella natura di Dio la religiosità umana individua il cammino verso l'alto, che si volge verso la meta di perfezione, verso modi di superare il sentimento d'inferiorità e di transitorietà dell'esistenza [65].

III. *Caso clinico*

M. era una donna di 69 anni affetta da un carcinoma alla mammella con metastasi polmonari. Non avendo un *caregiver* che la potesse seguire a domicilio, venne ricoverata in *hospice*. La paziente era informata della situazione clinica oncologica e della progressione della malattia ed appariva anche a conoscenza di cosa fosse un *hospice*. A livello fisico lamentava un dolore parzialmente controllato, astenia e cachessia neoplastica.

M. manifestava una marcata demoralizzazione secondaria alla malattia oncologica, in cui si evidenziavano episodi di pianto, tristezza manifesta, angoscia di morte, mancanza di speranza ed uno stato di agitazione rispetto al persistente pensiero di "essere alla fine". Arrivò, pertanto, in reparto con una terapia psicofarmacologica già impostata dallo psichiatra prima delle dimissioni dall'ospedale presso cui era ricoverata.

La paziente eseguì una psicoterapia breve secondo il modello adleriano [13, 15, 18, 37, 38] adeguata alla gravità della malattia e alla necessità di corrispondere al ritmo ed ai bisogni del paziente [31, 32, 59]. Al primo colloquio la signora si presentava molto timorosa di ciò a cui sarebbe andata incontro, impaurita di dover affrontare da sola quest'ultimo periodo della vita e lamentava un dolore solo parzialmente controllato. Non era contenta di essere in *hospice*, aveva vissuto il trasferimento in questa struttura come un abbandono da parte dei suoi figli, che pur risiedendo in città, non potevano occuparsi a casa della madre. Durante la seduta la signora scoppiò in lacrime, perché non voleva sentirsi un peso per la sua famiglia e per l'*équipe* curante e pregava Dio che le facesse concludere velocemente questo calvario «*non ho più niente da chiedere a questo mondo, a questa vita*».

Diverse volte aveva pregato, arrabbiandosi con il Signore, interrogandosi ossessivamente sul significato di questa malattia «*perché Signore proprio a me? Cosa ho fatto per meritarmi questo? Perché mi hai abbandonato?*». Così le dissi: «*forse, in questo momento è importante oltre a cercare di dare una risposta, provare ad incontrarci, di fare un percorso insieme, credo che sia difficile, impossibile cer-*

care una risposta da soli». Trascorreva le giornate in *hospice* rinchiusa nella sua stanza, nei suoi pensieri, davanti al crocefisso, sgranando ripetutamente la sua corona del rosario e leggendo alcune letture tratte dalla Bibbia.

M. era di origine piemontese, si era sposata giovanissima, di buona cultura, non aveva mai lavorato, ma aveva avuto la possibilità di praticare diversi *hobby* e di viaggiare molto in compagnia del marito. Suo marito era un importante funzionario di una nota compagnia aerea e insieme risiedevano all'estero in alcuni periodi dell'anno. Attualmente la signora era vedova da circa otto anni: il marito era mancato a causa di un tumore al pancreas. Aveva implorato Dio che salvasse suo marito ed aveva avuto dopo la perdita del congiunto un periodo di crisi depressiva che era poi riuscita a superare, trovando un senso in questa nuova vita. M. aveva due figli e tre nipoti, che risiedevano a Torino. I suoi figli abitavano nella parte opposta della città e lavoravano fuori Torino, quindi avevano richiesto il ricovero in *hospice*. M. era rimasta delusa dai suoi figli, perché in quella occasione, più che mai «*non mi hanno ascoltata, mi hanno fatto sentire inutile, un peso di cui liberarsene*».

M. aveva avuto un'educazione rigida e cattolica: Dio aveva sempre avuto fin dall'infanzia un ruolo importante nella sua vita ("giudice"). La paziente aveva una sorella maggiore che dopo la morte del marito si era trasferita da lei. M. e sua sorella erano molto legate, per lei era una seconda madre, fino a quando C. morì improvvisamente. M. raccontò di essersi sentita abbandonata da suo marito e da sua sorella, le figure di riferimento che le erano state più vicino. Aveva avuto un'intensa attività sociale all'interno della parrocchia ed era animata da una fede profonda. Nei suoi primi ricordi emerge il grande amore che ha avuto per la vita: la musica, la letteratura, il cinema, l'arte e la natura. Lo spirito per lei è stato un interlocutore costante.

Qualche anno prima le era stato asportato un nodulo al seno e poi aveva eseguito alcuni cicli di chemioterapia; la malattia sembrava sotto controllo, ma il timore di peggiorare era fortissimo. Dopo un anno la malattia si ri-presentò e venne sottoposta di nuovo ad un intervento chirurgico e successivamente a trattamenti chemioterapici e di radioterapia. Aveva pregato Dio che la aiutasse, ma quando la malattia si ripresentò, si sentì nuovamente abbandonata.

Ella provava un profondo stato depressivo stigmatizzato da manifesti pensieri suicidari, da lei descritti come liberatori della sofferenza psichica e fisica dovuta alla progressione di malattia. La paziente era fortemente angosciata e si disperava perché la situazione non cambiava: non riusciva a vivere meglio, ma neppure a morire velocemente. M. era sola e sentiva il bisogno di condividere con qualcuno la paura della malattia con tutte le angosce che essa portava. «*Sto mollando, ho bisogno di farla finita, non mi aspetto più nessun miracolo. Vorrei andarmene. Vorrei*

addormentarmi e morire. Stamattina ero spaventata. Dicevo Santo Dio, Santo Dio, cosa devo fare? Lui non mi risponde, così aspetto».

Le chiesi di parlarmi delle sue paure. M. raccontò di essere consapevole dell'avvicinarsi della fine, ma aveva molta «*paura di dover affrontare questa situazione da sola*». Ero la prima persona con cui parlava della sua profonda solitudine. Non ne aveva parlato con nessuno, «*con i miei figli mi vergogno, perché mi sento un peso. Loro sono giovani e sani, non pensano a queste cose. È difficile parlare di certe cose con chi non è capace di ascoltare, con chi non è in questa posizione*». Nei colloqui successivi M. attendeva i nostri incontri durante i quali affrontavamo i suoi profondi sentimenti di solitudine e la paura di sentirsi un peso.

Ciò che era stato più importante nella sua vita era avere vissuto con qualcuno che le volesse bene. Durante una seduta M. rivelò che avrebbe desiderato, prima di andarsene, riuscire a parlare della sua morte con i suoi figli e soprattutto sentirsi ascoltata e non bloccata su simili argomenti. Quando i suoi familiari le fecero visita, ebbe il coraggio di rivelarsi, di spiegare le proprie angosce ed i propri bisogni più importanti. Ella si sorprese quando i figli le promisero di rispettare le sue scelte rispetto a questa fase finale della vita e anche le scelte relative ai riti funebri (cremazione). Per M. quel giorno fu come riuscire a superare una montagna invalicabile e soltanto in quel momento, a distanza di anni, la vita aveva trovato un senso. «*Attraverso i nostri incontri la vita ha acquistato un significato che prima non aveva. Ho scoperto la capacità di lasciare perdere le cose che contano meno e dare la precedenza a piccole soddisfazioni, come quando andavo a leggere il giornale alle panchine della stazione, lasciando perdere i lavori di casa e cercando di parlare con mia sorella... Tutto sommato... Dio mi ha concesso un periodo in cui non avrei mai creduto di vivere ed è stato per me bellissimo e pieno di significato... Così come molti sono nati prima di me, molti moriranno dopo di me*».

Durante il nostro ultimo incontro M. mi parlò di un forte senso di condivisione e di appartenenza con la propria famiglia e con tutti gli esseri umani. Nelle nostre discussioni M. rivelava di aver capito che Dio non la puniva e che per questo motivo poteva accettare gradualmente la grazia di Dio, percependo un senso di universalità e di trascendenza che condivideva con tutta l'umanità davanti all'evento più estremo.

Quando le chiesi quale fosse la cosa più importante che avesse imparato in questi ultimi mesi, rispose che sapeva che «*Dio l'amava non per cosa avesse fatto o per come avesse vissuto*». Scoprendo la grazia di Dio, ella aveva trovato il coraggio di affrontare i cambiamenti esistenziali a cui andava incontro. «*In hospice ho sentito di valere ancora... e questo è importante per chi si trova in questa situa-*

zione... *mi ha aiutato a sentirmi in pace con me, con gli altri e con Dio*». Quando la situazione clinica peggiorò, la paziente espresse il desiderio di essere direttamente informata dai medici e non dai figli sulle proprie condizioni di salute; inoltre, non avrebbe voluto eseguire nessun trattamento che potesse prolungarle la vita e, prima di andarsene, avrebbe desiderato organizzare una festa d'addio in *hospice*. Alla festa parteciparono tutti: figli, nipoti, *l'èquipe* curante salutarono M. come lei aveva immaginato.

IV. *Discussione*

“Essere-per-la-morte”: così Heidegger ha definito l'uomo [44]. Secondo questa prospettiva, la vita dell'uomo è dominata dal caso assoluto; di fronte al caso non c'è spazio per la speranza. La tensione che rende inquieto l'uomo si risolve in una folle corsa verso l'abisso.

Con la diffusione delle cure palliative nasce una nuova medicina che considera la fase finale della vita come il tempo in cui l'esistenza si compie e che ha l'obiettivo principale di migliorare la qualità della vita che resta, offrendo cure globali e continue, volte a rispondere a tutti i bisogni del malato (fisici, psicologici, emozionali, sociali e spirituali). In questa nuova prospettiva, l'uomo è definito dalla propria visione antropologica, ossia dall'immagine che ha di se stesso, da cui scaturisce il fine verso cui si muove e da cui viene definito [39].

La psicoterapia con i morenti si propone come percorso di ri-significazione, di ri-orientamento delle esperienze umane, orientato insieme ad altri interventi, quali la consulenza pastorale, ad offrire una risposta alla domanda di senso, che può essere considerata il motore del dinamismo psico-spirituale della persona umana [16].

Il modello individualpsicologico riconosce la spiritualità come una tematica importante nella psicoterapia e l'analizza come rappresentazione e vissuto, quindi come dimensione strettamente soggettiva, la cui genesi e il cui sviluppo vanno ricollegati al mondo intrapsichico della persona. Inoltre, l'approccio adleriano si occupa dei bisogni spirituali e religiosi nei suoi aspetti funzionali di adattamento intrapsichico e interindividuale [62, 63] ed esamina la fede nelle sue valenze relazionali e nel suo contributo alla definizione di meta e dello stile di vita [57].

Lo psicoterapeuta adleriano cerca di comprendere come la spiritualità si integri nella vita di una persona e come ne favorisca l'adattamento al mondo esterno, attraverso la definizione e la modulazione dello stile di risposta ai compiti vitali (vita affettiva, lavorativa, sociale) sino ad arrivare alle fasi finali della vita, partendo dall'assioma che postula come la religione sia una componente primaria fondamentale della costituzione psicologica dell'essere umano [43, 69].

Dio come meta dell'uomo è conseguente all'aspirazione alla perfezione e deriva sempre dall'insicurezza e dal costante *sentimento di inferiorità* dell'umanità bisognosa. L'inferiorità intesa come sentimento d'insicurezza-mancanza spinge i processi simbolici a lavorare per il suo superamento, verso un'immaginaria e assoluta meta ideale. Di conseguenza in situazioni traumatiche, quali una malattia mortale, il complesso d'inferiorità, come quello vissuto dalla signora M., ha rappresentato l'incapacità di pensare come possibile la riparazione della ferita originaria (essere limitati) e di tollerare le sue estreme conseguenze (essere mortali). Per la paziente l'aspirazione alla perfezione è volta al superamento dei problemi della vita, nell'interesse dell'evoluzione dell'individuo e dell'umanità.

La Psicologia Individuale, con la sua meta del benessere comune applicato al contesto delle cure palliative, ritiene che chiunque abbia riconosciuto questa meta come presupposto per lo sviluppo dell'umanità, nella fase finale della vita, cercherà di ottenere il proprio sviluppo, il proprio valore, di salvaguardare la propria dignità e di migliorare la sua qualità di vita in accordo con questo presupposto [11, 36]. La paziente ha dimostrato, attraverso il suo potere creativo, di costruire con perfezione artistica uno stile di vita congruo, di cambiare se stessa, accettando i cambiamenti imposti dalla malattia. Solamente attraverso il *sentimento comunitario* la paziente è riuscita ad acquisire quel bisogno di autoaffermazione per il raggiungimento del benessere individuale e sociale [1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 34, 65, 73, 74]. La paziente morente, quando non si è sentita un peso per la propria famiglia, è riuscita a salvaguardare la dignità davanti alla morte, trovando un senso nella parte finale della vita [30].

Secondo il modello individualpsicologico la psicoterapia applicata ai pazienti oncologici terminali consiste nell'accompagnare con amore, con tenerezza, con speranza il soggetto alla fine della vita, cercando di mantenere un adeguato sentimento sociale che lo aiuti a sentirsi oggetto d'accudimento e non un peso, a conservare un senso di serenità familiare, a riuscire a dirsi addio e a "lasciar andare" le persone care e le situazioni che hanno fatto parte del quotidiano [17, 38, 64, 67]. Pertanto, compito del terapeuta è il risveglio del *sentimento sociale* mediante una comprensione empatica della sofferenza. [19, 58, 61].

Secondo l'approccio adleriano il significato della vita lo si scopre attraverso l'esperienza della condivisione e del coraggio: il terapeuta incoraggia e accompagna il morente, indirizzando il colloquio verso ciò che risulta, in quel momento, importante per la persona: lasciare un testamento, concludere relazioni o risolvere problemi in sospenso e ancora occuparsi della famiglia. Inoltre, negli ultimi momenti della vita, poter riconoscere il valore della creatività, dell'esperienza e dei valori legati alle attitudini personali o al carattere possono permettere di ritrovare un significato nella vita [23, 40, 58, 59, 66, 67].

Più lo psicoterapeuta è capace di affermare il valore del paziente, e cioè di vedere la persona che è o che è stata (nella sua unicità in senso adleriano), piuttosto che solo la malattia che ha, tanto più è probabile che il senso di dignità del paziente sia sostenuto e conservato [5, 31, 35, 38]. Non essere trattati con dignità e rispetto può minare il senso del sé e del valore della vita, esponendo il paziente al rischio di sentirsi un peso per gli altri, di perdere la speranza e di mettere in forse le ragioni del continuare ad esistere.

Secondo Adler la speranza è un'espressione dell'interesse sociale che spinge l'individuo a lottare per il futuro, sia per il bene dell'individuo che della collettività. «Ma il sentimento comunitario sta continuamente premendo e crescendo. Per questa ragione non importa quanto oscuri possano essere i tempi poiché in una lunga prospettiva c'è l'assicurazione di uno sviluppo più elevato per l'individuo e per il gruppo. Il sentimento comunitario sta continuamente crescendo e il progresso umano è una funzione del suo più alto sviluppo, perciò questo andrà avanti inevitabilmente fino a quando esisterà l'umanità» (11, p. 69).

M. si sentiva un peso per gli altri, aveva perso la speranza di poter morire velocemente o di poter vivere perciò si disperava, si angosciava, incenerendo tutte le illusioni; ma è da quest'ultime che è rinato un nuovo tipo di speranza più assoluta, di qualcosa che salva, della trascendenza che ha allentato la morsa della disperazione e ha inserito nella malattia mortale una qualche friabile accettazione della conclusione della vita [12, 20, 28, 53].

Per molti pazienti, come M., vivere bene il proprio morire, significa dare un senso alla propria morte, rendere sensata la morte per chi muore e per chi resta. È impossibile dare un senso alla morte di una persona senza andare oltre il proprio destino individuale; è necessario collegarlo con la vita di chi resta e a cui si affida perché il senso della vita individuale venga proseguito. «Nell'aspirazione umana conservare il tempo che fugge, non scomparire completamente dalla comunità degli uomini, è il contributo al benessere di tutti (bambini, lavoro) che mantiene la promessa per la richiesta d'immortalità» (11, pp. 311-312). Non è la morte né l'esclusività del morire che mostra la solitudine dell'uomo, ma è il vivere solamente per se stessi che rende assurdo e disperato il morire, rendendo impossibile la possibilità di morire anche per tutti gli essere umani.

Solamente attraverso l'accoglienza incondizionata [59], espressione della presenza di un atteggiamento di tenerezza e di quell'amore disinteressato di chi nel parlare con l'altro va oltre il tempo del dolore e della morte, vivendo in un attimo tutto l'amore di una vita, si può riuscire a superare la crisi della solitudine del morire [17, 24].

Il sentirsi parte di una storia, che si concretizza anche attraverso gli altri e che continua anche al di là del prossimo, ha aiutato M. sofferente a rendere pensabile a sé e a agli altri l'esperienza che stava vivendo, perché ha sentito che la propria esperienza era un frammento di un'appartenenza universale che lega la singola biografia alla storia umana, a un afflato cosmico [58]. La partecipazione significativa dello psicoterapeuta ha accompagnato M. in un'esplorazione intorno a tematiche di vita, di morte, di religiosità e di spiritualità, consentendole di continuare il cammino di ricerca di senso alla esperienza vissuta.

V. Conclusioni

I misteri del dolore e della morte generano domande che conducono l'uomo a riflettere su questioni inerenti l'essere al mondo e il significato dell'esistenza, in particolare, la causa del dolore e il senso della sofferenza [52]. Il caso di M. presentava sintomi somatici e psichiatrici accompagnati da un'incapacità di dare un senso all'esperienza vissuta. In queste situazioni si attua un progetto assistenziale che affronta la malattia come un complesso fenomeno biopsicosociale, che coinvolge la persona nella sua totalità [2, 16, 36, 59, 60] e, quindi, nella sua spiritualità [78].

In un programma di cura psicoterapeutico, e più in generale palliativo, il modello adleriano applicato ad un paziente colpito da una patologia fisica a prognosi sfavorevole risulta efficace poiché, riconoscendo tra i bisogni più profondi e veri dell'uomo la trascendenza e il senso da dare all'esperienza vissuta, fornisce allo stesso gli strumenti per affrontare l'esperienza di fine vita.

Infine, la psicoterapia adleriana, permettendo di integrare la realtà con il suo significato, suggerisce all'uomo valori, significati e simboli che svelano l'esistenza e la natura dell'interiorità.

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Astrolabio, Roma 1971.
2. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1983.
3. ADLER, A. (1927), *Menschenkenntnis*, tr. it. *La conoscenza dell'uomo nella Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1994.
4. ADLER, A. (1927), *Understanding Human Nature*, Garden City Publishing, New York.
5. ADLER, A. (1931), *What life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1933), Religion and Individualpsychologie, in JAHN, E., ADLER, A., *Religion und Individual Psychologie: Eine prinzipielle Auseinandersetzung über Menschenführung*, Passer, Wien: 58-92.
7. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
8. ADLER, A. (1935), The Fundamental Wiefs of Individual Psychology, *J. Indiv. Psychol.*, 1: 5-8.
9. ADLER, A. (1987), The Concretization of Perfection, *J. Indiv. Psychol.*, 43: 523-526.
10. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
11. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1964), *Superiority and Social Interest (Collected Paper of Alfred Adler)*, tr. it. *Aspirazione alla Superiorità e Sentimento Comunitario* (a cura di, SODINI, U., SODINI, A. T.), Edizioni Universitarie Romane, Roma 2008.
12. BORGNA, E. (2005), *L'attesa e la speranza*, Feltrinelli, Milano.
13. BOVERO, A., SCALMANI, A., FERRERO, A. (2005), "Un modello di intervento individualpsicologico nelle cure palliative", *XXIII Internaz. Congr. of Individual Psychology*, «Potere e dimensione culturale», Torino, 26-29 maggio 2005.
14. BOVERO, A., BONZANO, A., TUCCI, M., FERRERI, A., VARELLO, M. L., PRINCLARI, E., GIULIANO, M. G., MESSINA, S., PERRI, A. M., VARETTO, A., TORTA, R. (2006), Consapevolezza ed accettazione dello stadio avanzato di malattia come outcome del trattamento farmacologico e psicoterapico, *Atti XIII Congresso Nazionale della Società Italiana di Cure Palliative*, Bologna: 104.
15. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2006), A New Approach on Oncological Pain in Depressed Patients: Data From A Clinical Study Using Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy, *Psycho-Oncology*, S15: 446.
16. BOVERO, A., SALVATICO, F., SIMILI, V., TORTA, R. (2007), Assistenza domiciliare, hospice, volontariato, in TORTA, R. (a cura di), MUSSA, A., *Psiconcologia. Basi biopsicosociali*, C.S.E., Torino.
17. BOVERO, A., FASSINA, S., GRAZIATO, I. (2008), "Tenderness and Aggressiveness in the Relationship with the Oncological Dying Patient", *XXIV Internaz. Congr. of Individual Psychology*, «Tenderness and Aggressiveness», Vilnius, 31 luglio-3 agosto 2008.
18. BOVERO, A., FERRERO, A., TORTA, R. (2008), L'esperienza del dolore: trattamento psicofarmacologico e psicologico a confronto, *Giornale Italiano di Psiconcologia*, 9: 76-84.

19. BOVERO, A., ZAINA, E., TORTA, R. (2009), Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 65: 73-93.
20. BOVERO, A., TORTA, R. (2010), Aspetti profondi della morte: riflessioni sull'esperienza del morire e sugli approcci d'intervento, *Psicologi a confronto*, 1: 31-47.
21. BOVERO, A., PALMISANO, D. F., AITORO, F., TORTA, R. (2010), Effect of Spirituality Well-Being on the End of Life in Terminal Cancer Patients, *Journal of Psychosomatic Medicine*, 68: 609.
22. BOVERO, A., VALENTINI, F., AITORO, F., TORTA, R. (2010), Pain, Depression and Spirituality in Advanced Cancer Patients, *Palliative Medicine*, 24: 111-112.
23. BOVERO, A., CHERASCO, P., TORTA, R. (2010), Efficacia della strategia di incoraggiamento ai caregivers di pazienti oncologici terminali, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 34-40.
24. BOVERO, A., GRAZIATO, I., TORTA, R. (2011), Analisi delle finzioni nella prassi psicoterapeutica con il paziente oncologico terminale, *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. n. 69: 53-63.
25. BREIBART, W., ROSENFELD, B., PESSIN, H., KAIM, M., FUNESTI-ESCH, J., GALIETTA, M., NELSON, C. J., BRESCIA, R. (2000), Depression, Hopelessness, and Desire for Hastened Death in Terminally Ill Patients with Cancer, *JAMA*, 284, 22: 2907-2911.
26. BREITBART, W. (2002), Spirituality and Meaning in Supportive Care: Spirituality and Meaning-Centered Group Psychotherapy Intervention in Advanced Cancer, *Support Care Cancer*, 10: 272-280.
27. BRUNNER, R. (1996), Spirituelle und transpersonale Aspekte der Individual-psychologie, *Zeitschrift für Individualpsychologie*, 21: 301-312.
28. CAMPIONE, F. (2003), *Contro la morte, psicologia ed etica dell'aiuto ai morenti*, Clueb, Bologna.
29. CHESTON, S. E. (2000), Spirituality of Encouragement, *J. Indiv. Psychol.*, 56: 295-305.
30. CHOCHINOV, H. M. (2006), Dying, Dignity, and New Horizons in Palliative End-of-Life Care, *Cancer J. Clin.*, 56: 84-103.
31. CHOCHINOV, H. M., HACK, T., HASSARD, T. ET ALII (2005), Dignity Therapy: a Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life, *J Clin Oncol*, 23: 5520-5525.
32. CHOCHINOV, H. M., KRISTJANSON, L., BREIBART, W., McCLEMENT, S., HACH, T. F., HASSARD, T., HARLOS, M. (2011), Effect of Dignity on Distress and End of Life Experience in Terminally Ill Patients: a Randomized Controlled Trial, *Lancet Oncol.*, 12: 753-762.
33. DE MARTINO, E. (1958), *Morte e pianto rituale nel mondo antico*, Torino, Einaudi.
34. DREIKURS FERGUSON, E. (1996), Social Interest and Social Equality, in FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (a cura di), *La qualità della vita. Percorsi psicologici, biomedici e transculturali*, C.S.E., Torino 2002, 38: 445-446.
35. FASSINO, S. (1997), Aspetti specifici del supporto medico-paziente terminale, *Medicina e Morale*, 5: 923-37.
36. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di psichiatria biopsicosociale*, CSE, Torino.
37. FASSINO, S., AMIANTO, F., FERRERO, A. (2008), Brief-Adlerian Psychodynamic Psychotherapy. Theoretical Issues and Process Indicators, *Panminerva Med.*, 50: 165-175.

38. FERRERO, A. (2009), *Psicoterapia Psicodinamica Adleriana (APP): un trattamento possibile nel Dipartimento di Salute Mentale*, Centro studi e Ricerche in Psichiatria, Torino.
39. FILIBERTI, A., RAMON, L. L. (2006), *La spiritualità nella sofferenza. Dialoghi tra antropologia, psicologia e psicopatologia*, Angeli, Milano.
40. FRANKL, V. E. (1985), *Psychotherapy and existentialism*, Pocket Books, New York.
41. FULCHERI, M. (1986), L'avvenire della psicoterapia analitica adleriana come avventura: due mondi da esplorare, l'adolescenza e l'invecchiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 59-72.
42. GOLD, L., MANSANGER, E. (2000), Spirituality: Life Task of Life Process?, *J. Indiv. Psychol.*, 56: 266-276.
43. GRANDI, L. G. (1986), *Psicoterapia e religione*, Orgraf, Torino.
44. HEIDEGGER, M. (1976), *Essere e tempo*, Longanesi, Milano.
45. JOHANSEN, T. (2009), *Religion and Spirituality in Psychotherapy. An Individual Spirituality in Psychotherapy*, Springer Publishing Company, New York.
46. LECCARDI, G. (2003), Linee guida nel trattamento del disagio psichico: una finzione difensiva, *Riv. Psicol. Indiv.*, 53: 31-48.
47. MAIULLARI, F. (2004), Il bisogno di assoluto nello sviluppo individuale, in PONZIANI, U. (a cura di), *Psicologia e dimensione spirituale*, Il Mulino, Bologna, I: 111-142.
48. MANASTER, G. J., CORSINI, R. J. (1982), *Individual Psychology: Theory and Practice*, Itasca, IL. F.E. Peacock.
49. MANSANGER, E. (2000), Holism, Wellness, Spirituality, *J. Indiv. Psychol.*, 56: 237-241.
50. MASCETTI, A. (2004), Concetto di sé e stile di vita, in PONZIANI, U. (a cura di), *Psicologia e dimensione spirituale*, Il Mulino, Bologna, II, VII: 177-204.
51. MOSAK, H. H., DREIKURS, R. (1977), The Life Tasks III: The Fifth Life Task, in MOSAK, H. H. (a cura di), *On purpose: Collected Papers*, Adler School of Psychology, Chicago.
52. NATOLI, S. (1996), *L'esperienza del dolore*, Feltrinelli, Milano.
53. NULAND, S. B. (1994), *Come moriamo*, Mondadori, Milano.
54. PARGAMENT, K. I. (2001), *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice*. The Guilford Press, New York, NY.
55. PEVEN, D. (2004), Ken Wilber and Alfred: Ascendance and Transcendence, *J. Indiv. Psychol.*, 60: 389-395.
56. PONZIANI, U. (2004), Il bisogno umano di trascendere l'esperienza concreta, in PONZIANI, U. (a cura di), *Psicologia e dimensione spirituale*, Il Mulino, Bologna, I, II: 57-86.
57. PRINCE, R. (2000), Grieving for a Lost Eternity, in FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (a cura di), *La qualità della vita. Percorsi psicologici, biomedici e transculturali*, C.S.E., Torino 2002, 40: 455-480.
58. ROVERA, G. G. (1982), Trasmotivazione: proposte per una strategia di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
59. ROVERA, G. G. (1984), "Involving doctors" e interventi clinici di fronte al problema del cancro. Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori, U.I.C.C., Ginevra.
60. ROVERA, G. G. (1993), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
61. ROVERA, G. G. (2004), Il modello adleriano nelle relazioni d'aiuto, *Riv. Psicol. Indiv.*, 56: 9-14.

62. ROVERA, G. G. (2005), Psichiatria Transculturale: aspetti teorici pratici e nuove professionalità, *Soc. It. Psych. Transc.*, ACTA, Roma, VI: 1-5.
63. ROVERA, G. G. (2006), Cultura, potere, spiritualità, *Giorn. It. Psicopatol.*, 12, II: 5-6.
64. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-160.
65. ROVERA, G. G. (2010), Religiosità e cultura in Psicologia Individuale, *Riv. Psicol. Indiv.*, 67: 23-66.
66. ROVERA, G. G., BOGETTO, F., FASSINO, S. (1981), Aspetti del rapporto medico-paziente in cancerologia, *Riv. Sper. Fren.*, CVI: 1-26.
67. ROVERA, G. G., GATTI, A. (1982), Considerazioni psicopatologiche ed applicazioni cliniche in tema di strategie di incoraggiamento, *Rassegna di Igiene Mentale*, 4: 105-132.
68. ROVERA, G. G., FASSINO, S., FERRERO, A., MUNNO, D., GATTI, A., SCARSO, G. (1984), Il modello di rete in psichiatria, *Rass. Ipn. Min. Med.*, 75: 1.
69. ROVERA, G. G., DELSEDIME, N., FASSINO, S., PONZIANI, U. (2004), *La ricerca in Psicologia individuale. Contributi teorici, metodologici e pratici*, C.S.E., Torino.
70. SCHAFFER, H. (1986), Préface a religion e Psychologie individuelle comparée, in GRANDI, L. G., *Psicoterapia e religione*, Orgraf, Torino.
71. SCHMIDT, R. (1991), Probleme des alterns in der Therapie, *Beitr. Z. Individualpsychol.*, 14: 88-102.
72. SERA, H. (2000), Understanding the True Meaning of Social Interest in a Japanese Perspective, in FASSINO, S., LEOMBRUNI, P., ROVERA, G. G. (a cura di), *La qualità della vita. Percorsi psicologici, biomedici e transculturali*, C.S.E., Torino 2002, 39: 447-454.
73. SERRAO, S. (2004), Il riferimento ad un assoluto e le ricadute sullo sviluppo del sé, in PONZIANI, U. (a cura di), *Psicologia e dimensione spirituale*, Il Mulino, Bologna, III, XI: 285-304.
74. SHULMAN, B. H., MOSAK, H. H. (1990), *Manual for Life Style Assessment*, tr. it. *Manuale per l'analisi dello stile di vita*, Angeli, Milano 2008.
75. SLAVIK, S., CROAKE, J. (2001), Feeling and Spirituality: a Holistic Perspective, *J. Indiv. Psychol.*, 57: 354-362.
76. SPERRY, L., MANSANGER, E. (2007), The Relationship Between Psychology and Spirituality: an Initial Taxonomy for Spiritually Oriented Counseling and Psychotherapy, *J. Indiv. Psychol.*, 63: 359-370.
77. SULMASY, D. P. (1999), Is Medicine a Spiritual Practice? *Academic Medicine: Journal of the association of American Medical Colleges*, 74: 1002-1005
78. SULMASY, D. P. (2002), A Biopsychosocial-Spiritual Model for the Care of Patients at the End of Life, *Gerontologist*, 42: 34-9.
79. WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010), *Who Definition of Palliative Care*, available from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. Accessed December 24.

Andrea Bovero
AOU S. Giovanni Battista di Torino
C.so Bramante, 88/90
I-10126 Torino
E- mail: a.bovero@tiscali.it