

L'assistenza psicologica e spirituale: la verità di fronte alla morte

Leonardo Ancona

1) Una assistenza corretta e adeguata al morente, che corrisponda cioè alle esigenze e alla dignità di una persona che sta per lasciare la vita, è sicuramente un'operazione di alta complessità: essa richiede infatti non solo competenza tecnica e profonda maturità psicologica, ma in modo specifico una perfezionata virtù spirituale, derivante da una diuturna esperienza di confronto con la propria sofferenza e la propria morte.

E' infatti vero che il tema della morte è il più declinato di tutti, perchè riguarda una realtà universale che attraversa il passato, il presente e il futuro di ciascun vivente; ed è vero che si tratta di un tema che per quanto riguarda se stessi si impone drammaticamente per la sua assoluta imprevedibilità e la sua possibilità di avvenire istantaneamente, in qualunque fase della vita; tuttavia il tema della morte soffre come forse nessun altro di silenzio, di negazione e di molteplici altri sistemi di difesa, tutti estremamente efficaci nell'occultarlo e atti a calarlo in un processo che attenua, fino alla possibilità della scomparsa, la dimensione che consente di pensarlo in modo proprio.

Ordinariamente oggi della morte si parla in modo indiretto o riferita ad altri e non, come dovrebbe essere, della morte di un altro vissuta primariamente attraverso la propria morte. Anzi, quest'ultima viene negata! E' celebre, a questo riguardo, la intuizione attribuita da Tolstoj (1) a Ivan Il'ic (Vanja): "Il sillogismo elementare: - Caio è un uomo, gli uomini sono mortali, Caio è mortale - per tutta la vita era sembrato sempre giusto(a Vanja), ma solo in relazione a Caio, non in relazione a sè...un essere particolarissimo, completamente diverso da tutti gli altri esseri: lui era Vanja... - Caio è mortale, certo, è giusto che muoia. Ma per me, per me piccolo Vanja, per me Ivan Il'ic...non può essere che mi tocchi di morire!"

L'ipotesi definitoria di questo contributo si impernia all'opposto sul principio che, se il concetto di morte non subisce un esauriente processo di analisi e di ricodificazione del fatto di morire, di appropriazione del morire, non è nemmeno possibile prestare una assistenza adeguata e corretta ad un paziente in fase di malattia terminale e nella sua morte in atto.

Reciprocamente l'ipotesi si regge sul principio che la via privilegiata per la intuizione esatta della propria morte è l'esperienza di una persona, un assistito, un amico, un coniuge, col quale si è costituito un "noi", come ci ricorda con pertinenza Landsberg (2).

In funzione di quanto detto, la prima parte di questo studio riguarderà la dinamica provocatoria che l'imminenza della morte innesca sul piano relazionale e in quali modi conviene rispondere a questa sfida perchè l'assistenza che si presta al morente corrisponda alla sua piena dignità umana.

Una seconda parte si focalizzerà sul fatto che il compito della "assistenza dignitosa" dipende irrinunciabilmente dalla osservanza, o presenza, di una serie di condizioni, escluse le quali la morte viene alienata, resa estranea, cioè la si tratta come un evento tecnico. Ciò si verifica secondo una tendenza naturale che si impone sistematicamente e che deve essere identificata e analizzata, per poter integrare la morte all'esistenza; in altre parole per rendere chi "assiste" pienamente vivente e pienamente in grado di assistere chi sta morendo, dicendogliene la verità.

Un'ultima parte avrà infine come scopo di analizzare il processo tramite cui la morte, a cominciare da quella propria, può essere integrata con la vita, nonchè quello di trapiantare quanto discusso nella prospettiva dello spirito, cioè nei termini della vita al di là della vita; un fine che viene tuttavia raggiunto soltanto tramite la morte.

2) Un'ermeneutica illuminata della assistenza al morente è stata felicemente avviata in questi ultimi decenni e si è giustamente focalizzata sul mondo che si trova più direttamente a contatto con la morte, come è il mondo sanitario e quello delle famiglie dei morenti. Ciò non ha mancato di svelare i processi di grande interesse che si animano al riguardo.

Le prime e le più estese indagini sul morire hanno preso in considerazione i malati terminali di cancro, l'affezione che costituisce oggi la seconda causa di morte nel mondo occidentale, la cui diagnosi suona ancora quasi per tutti come un annuncio di morte, e che per la sua drammaticità ha comunque preso nell'immaginario collettivo il posto che nel passato era stato occupato dalla pestilenza, dal colera, dalla T.B.C.

E' inderogabile qui il riferimento al lavoro pionieristico di Elisabeth Kuebler-Ross; lo stesso fu iniziato nell'autunno del 1965 come "seminario interdisciplinare sulla morte e sul morire" all'Ospedale Billings di Chicago, nella cui Facoltà Universitaria di riferimento l'Autrice aveva ruolo come medico, inaugurando così un nuovo e fecondo insegnamento (3).

Si tratta di un lavoro certamente datato e non del tutto soddisfacente, specialmente perchè si riferisce soltanto alla "dimensione affettiva" del rapporto curante/moriente senza considerazione delle sue altre dimensioni, "sensoriale, cognitiva, comportamentale" (ved. Lelkens, relatore Va Assemblea Generale P.A.V.); comunque un lavoro che rimane valido e importante per l'analisi relazionale del presente contributo.

Dal lavoro della Kuebler-Ross, come da quelli più recenti di Leszcz e Goodwin sempre a proposito del cancro (4) e di Allen e Scheidt sui malati coronaropatici (5), conosciamo oggi le dimensioni psico-emotive lungo le quali si muovono i pazienti cui si affaccia la prospettiva di una morte certa. Ricordare le più tipiche è importante, allo scopo di sapere di quale tipo di assistenza sono suscettibili questi malati, e quali momenti scegliere o evitare per offrire la stessa.

Il primo risultato emerso dallo studio della Kuebler-Ross fu sorprendente e paradigmatico: quando l'Autrice chiese ai primari del suo Ospedale il permesso di intervistare con l'aiuto di uno specchio unidirezionale i malati di cancro in fase terminale, la reazione dei colleghi fu di decisa resistenza e ostilità; essa si sentì rispondere che nell'immenso Ospedale Billings "non c'erano malati vicini alla morte", un modo sbrigativo per dirle di non insistere nella sua stravagante richiesta e anzi di togliersi dai piedi per non sottrarre altro tempo alla loro già troppo affaccendata vita ospedaliera...

Fu solo merito della tenacia della Kuebler-Ross che questo ostacolo di principio fu superato e che negli anni successivi centinaia di pazienti vicini alla morte furono intervistati in seminari sempre più frequentati da medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali e cappellani provenienti dalle più varie parti del mondo: ma non frequentati, tranne due eccezioni, dai Colleghi di Facoltà!

Il messaggio era stato inequivocabile: i medici, soprattutto quelli investiti da maggiori responsabilità o impegnati con i malati più gravi, non intendevano trattare dell'argomento morte; e lo facevano con un processo di grossolana negazione, tanto più sconcertante quanto più essi vedevano continuamente morire i propri pazienti, contraddicendo così quanto già affermato al proposito da Landsberg (Ibid.) della fecondità dell'esperienza di assistere alla morte.

Secondo le ricerche della Kuebler-Ross, il primo atteggiamento di fronte alla scoperta di una propria malattia mortale è il rifiuto categorico: "ciò non può riferirsi a me; la diagnosi, il referto radiografico, di laboratorio, appartiene ad altri e solo per uno scambio mi viene attribuito". Si tratta del meccanismo difensivo di negazione di cui si è già parlato, che esprime la impossibilità di pensare alla propria morte, e che più tardi si può modificare per una sorte di sdoppiamento: lo stesso permette al paziente di isolarsi dal suo male, discutendo della propria grave malattia o morte come se fosse quella di altri e si tinge talora di maniacalità ("non mi sono mai sentito così in forma"). In ogni caso si tratta di un misconoscimento della realtà.

Il secondo atteggiamento è quello della collera, fatto da rabbia, invidia, risentimento e espressa dall'interrogativo: "perché proprio a me?" Come conseguenza si ha la proiezione in altri della causa della malattia, per cui il medico diventa incompetente, la infermiera disumana, la caposala irresponsabile e disorganizzata, i familiari insensibili e egoisti; e Dio, cattivo. Si riscontrano anche regressioni a comportamenti infantili, con ricerca di perdono e compromessi.

Un'ulteriore fase rilevata dalla Ross è quella della depressione; sia quella reattiva alle molteplici perdite che la malattia comporta, sia la depressione vitale, relativa alla definitiva "separazione da questo mondo".

Alla fine si giunge ad una fase conclusiva di accettazione, ad un "vuoto di sentimenti, un riposo finale prima del lungo viaggio". E' la fase che la Kuebler-Ross sintetizza dicendo che per il malato "arriva un punto in cui la morte viene come un gran sollievo e i malati muoiono con minore difficoltà se glielo si permette o se si aiutano a distaccarsi gradualmente da tutti i rapporti importanti della loro vita" (6): secondo l'Autrice solo l'1% delle centinaia dei suoi pazienti in fin di vita aveva ancora bisogno di negare la propria morte imminente, mentre arriva a ciò solo il 40% dei loro medici curanti!

Le varie fasi descritte in realtà non mancano di interconnettersi, ed anche a questo riguardo la teoria della Kuebler-Ross fa difetto; la successione non è infatti così meccanica come risulta nel suo lavoro, tuttavia non vi è dubbio che la loro descrizione è importante per suggerire norme di comportamento nei riguardi dei pazienti terminali, integrando cioè la assistenza psicologica con la specifica fase che essi stanno attraversando.

E' così ovvio che quando il malato rifiuta la gravità della propria malattia, o la maschera con razionalizzazioni e isolamenti di vario genere, si debba rispettare questa sua strategia, che è prevalentemente inconscia. A molti malati il "rifiuto" è indispensabile per mantenere l'equilibrio psichico e non conviene

discutere delle sue difese; proprio come lo psichiatra avvertito si guarda bene dallo smentire o dal contestare i riferimenti deliranti che gli sciorina davanti il paziente paranoico: vi è una ragione alla base di questi ragionamenti dis-logici ed è necessario intuirlo, se pure non si riesca a riconoscerne il motivo, per accettarli e rimanere in attesa.

Più difficile è non rimanere coinvolti nella fase di "collera" che segue a quella del rifiuto di malattia, sia quando si è aggrediti come medici o personale di assistenza, sia come familiari. Perché la rabbia proiettata dal paziente è forte ed autentica, si scontra con gli sforzi e la fatica da tempo sopportati a suo favore, e le sue reazioni appaiono del tutto incomprensibili; e anche quando si possono spiegare, come le volte in cui verifica una crisi peggiorativa nonostante la cura, oppure quando il paziente soffre per gli effetti collaterali di un farmaco o per la chemioterapia, non ne è facile la sopportazione; e soprattutto non lo è incoraggiare il paziente a esprimere tutta la rabbia che ha in corpo. Come pure si dovrebbe fare.

Non è facile perché la malattia grave è causa specifica di burn-out, in chi assiste, specialmente quando il paziente ha aggravato la sua malattia per non-compliance, perché questo stesso fatto infragilisce ancor più la capacità di comprensione e di resistenza (7).

E' evidente che chi assiste deve salvaguardarsi da questa che è una vera e propria istigazione alla lite, riconoscendone l'impatto e rinforzandosi con i mezzi che sono oggi a disposizione per reagire al burn-out (8). Nella fase di "depressione" la norma imperativa è, paradossalmente, quella di non opprimere il malato con una affannosa over-protection, di non incoraggiarlo a guardare al lato gioioso delle cose: perché essere tristi quando si perdono le cose più care, la stessa vita, è del tutto naturale ed è questo un processo sotteso da un preciso significato, quello dello spogliamento progressivo nella preparazione della dipartita. E' pertanto necessario permettere al paziente di piangere su quanto lascia e compiangere in silenzio con lui.

Di fatto le interviste della Kuebler-Ross le hanno consentito di dire che quando il malato è ormai pronto a separarsi dalla vita, è per lui motivo di grande dolore la discrepanza tra il suo desiderio e l'affanno di chi lo sprona in direzione contraria. Qui c'è bisogno di poche parole, o anche di nessuna, al limite è sufficiente stare semplicemente seduto vicino al morente, in silenzio; perché la fase di "accettazione" è un vuoto di sentimenti in cui l'esistenza non conosce né paura né disperazione ed è quasi delittuoso contrastarla come più di una volta si fa, per esempio comunicando che "accettare la propria fine equivale a una rinuncia codarda, a un inganno, a un rifiuto della famiglia" (9).

E' poi chiaro quanto sia difficile a ciascuno separare il desiderio di prolungare la vita di un proprio caro che sta per morire dal desiderio che ha questi di riposare e di morire in pace; in particolar modo perché, nella considerazione della interconnessione delle varie fasi pre-mortalità vi è una dimensione che le attraversa tutte ed è quindi presente anche nell'ultima: la speranza.

Si deve infatti riconoscere che in nessuna delle fasi della malattia si può affrontare continuamente la morte, "come non si può fissare continuamente il sole senza rimanerne accecati" (da una intervista della Kuebler-Ross, cit.); anche i malati che accettano con realismo il fatto di dover morire sperano simultaneamente nella possibilità di qualche nuova cura, nella scoperta improvvisa di una nuova medicina o nel successo all'ultimo momento di un progetto rivoluzionario di ricerca.

Il rifiuto di morire ricompare così sotto altre spoglie, non deve essere disatteso, e questo compito risale direttamente al medico, al personale curante, alla famiglia del malato; essi dovranno dargli l'assicurazione, fargli "sentire" che ogni cosa possibile sarà fatta a suo favore, che non è finita la speranza, che tutto non è perduto né che egli sarà abbandonato, anche quando una certa diagnosi è stata fatta ed è stata comunicata al paziente, fategli capire o da lui stesso intuita.

Emerge qui incisivamente l'eterno conflitto del dire, e sino a che punto farlo, o del non-dire, problema sul quale sono stati versati fiumi di inchiostro. Se tuttavia si guarda alle cose in quel modo equilibrato e "antropologico" che più avanti verrà precisato, e se si è stati in grado di accompagnare il paziente terminale lungo il suo cammino, il problema non si presenta come insolubile, perché il più difficile è già stato fatto.

3) Questa risoluzione transita innanzitutto per la esatta percezione e valutazione di come è oggi generalmente "vissuta" la morte.

La società dei viventi, in particolar modo quella c.d. laica, oggi non ama sentir parlare della morte e tende in ogni modo ad escluderla dal proprio seno; è a tutti noto che la celebrazione funebre si è sfumata via via nel

tempo e che l'evento morte si nasconde sempre di più, o quanto meno se ne accorcia il rituale al massimo possibile: il lutto non è più, come in passato, un fatto da esibire. Anche sul piano ecclesiastico le cerimonie funerarie sono oggi più brevi di una volta, le preghiere più condensate, il tutto più semplificato e questo incontra il favore, non certo il contrariamento dei fedeli.

Nei secoli scorsi la società, all'opposto di quella contemporanea, viveva a stretto contatto con la morte, l'arte ne era una esplicitazione pubblica e le "danze macabre", le cui immagini dal 1450 al 1950 sono comparse in una recente mostra (Firenze, Como), sono una patente testimonianza di questo fatto.

Ma non è certamente questo l'aspetto più appariscente dell'estraniamento del defunto dalla società contemporanea; in fondo in tutto quanto è stato ricordato la morte era ancora ben presente.

Ci sono invece eloquenti segni indiretti che denunciano la attuale generale indisponibilità ad incontrare l'evento morte, secondo modi che riscuotono tanto più successo quanto più riescono ad esorcizzarlo senza nemmeno farne il nome, anzi contraddicendolo. È il discorso, ai nostri giorni in enfasi crescente, su tutto ciò che sposta l'ago della bilancia verso il prolungamento indefinito della vita, la vittoria sul tempo, la promessa di immortalità: le "distrazioni", secondo la definizione di Pascal, che si instaurano per mitigare il tormento del conflitto-morte (10).

In realtà nella profondità del nostro sistema psichico, nel nostro inconscio, la morte non esiste: vi è nell'uomo una spinta naturale, istintuale, a viverci come immortale e se la sua possibile evenienza lo coglie, ciò è sempre per un destino o per qualche potere malefico esteriore, un assassinio, che deve e può essere contrastato. S.Freud lo ha precisato da tempo: "La propria morte è irrappresentabile, e ogni volta che cerchiamo di farlo possiamo constatare che in realtà continuiamo a essere ancora presenti come spettatori. Perciò la scuola psicoanalitica ha potuto anche affermare che non c'è nessuno che in fondo creda alla propria morte o, ciò che equivale, che nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità" (11).

È quindi ovvio che nella storia della umanità tutto ciò sia sempre esistito e che in ogni tempo si sia avuto un rigetto del concetto di morte; qualcuno ha lepidamente sottolineato al proposito che "la seconda più antica professione del mondo è quella dei venditori di elisir di lunga vita". Ma ciò che ieri serpigginava soltanto, e conviveva col discorso sulla morte, è diventato oggi una profluvie incessante, del quale si possono ricordare i seguenti come altrettanti tipici aspetti:

- a) i ripetuti richiami al fatto che non solo la vita sta progressivamente aumentando in durata ma che è oggi naturalmente possibile raggiungere i 100 anni e fra poco i 120, i 140 anni; quasi sempre senza alcuna preoccupazione che questo fatto porterebbe inevitabilmente a drammatici problemi di sovrappopolazione, di ineliminabile noia, di lotta per la sopravvivenza e per il diritto lavorativo, in alternativa a insopportabili carichi pensionistico e di invecchiamento generale della popolazione.

- b) i sommovimenti popolari innescati dalla scoperta di prodotti farmaceutici salva-gioinezza (l'altro ieri le cure alla Metchnikoff o alla Voronoff, ieri il Gerovital, oggi il Viagra) o salva-vita (come la cura Di Bella) e di programmi salutistici di ogni tipo volti alla cura, anzi al culto del corpo (come l'alchimia nel Medio Evo, le terme e le fonti di acque minerali oggi, e da sempre l'imbellezzamento dei morti, la provvista di cibi nella sua tomba e l'imbalsamazione).

- c) le campagne di fecondazione artificiale, degli affitti e degli scambi di utero, dei trapianti di organo fra animali e uomo. Il tutto secondo una quasi universale modalità consumistica, unicamente interessata alla quantità, mai alla qualità della vita.

- d) la manipolazione diretta dei meccanismi della morte e della vita, i primi espressi come progetti di ibernazione per anni o decenni, i secondi dagli imperversanti discorsi sulla ingegneria genetica e sulla clonazione, nonché sulle ventilate proposte di applicazione di quest'ultima all'uomo, sia come fonte di ricambio di organi sia come copie di se stessi, nella sottaciuta pretesa della immortalità; e ciò nell'ambito di una "filosofia" che tende freneticamente a sostituire l'uomo a Dio, o comunque a dare al primo il potere della creazione.

Si possono qui vedere in opera potenti meccanismi culturali, che non considerano più la morte come una componente della vita personale, militano anzi contro di essa. Ed essi si imparentano d'altronde strettamente con quei più ampi processi sociali che affermano l'assurdo diritto della propria vita tramite la morte di altri, o il principio che l'immortalità appartiene non all'individuo ma alla classe, alla società, come nella tradizione marxista, rappresentata ai nostri tempi da Marcuse (12): un tragico bizzarro errore di calcolo che misconosce il fatto che la vita si declina sulla convivenza con i diversi, non sulla alienazione da loro e che ciò che importa non è tanto di "aggiungere anni alla vita, ma vita agli anni" (American Geriatric Association).

E' del tutto evidente che in questo capitolo rientrano la cultura dell'aborto, del macabro, dell'horror e anche la passione sfrenata per gli sport ad alto rischio. Inoltre, su un piano di follia collettiva, la possibilità di pensare e attuare luoghi di sterminio, lager, gulag e genocidi per gli altri, quelli che "non ci stanno", nonché il ricorso sempre più frequente a "guerre di religione" e a terrori fondamentalisti. Tutti fatti volti a demoniache "soluzioni finali" o a "pulizie etniche", sbandierati come opzioni auspicabili per un proprio domani, assurdamente promesso come paradisiaco.

In tutti questi eventi si può sempre cogliere il tentativo di spostare la morte da sè, di attribuirlo ad un altro che è stato privato di valore e ridotto a cosa disponibile, da eliminare perché ostacolo alla propria migliore vita: - se la morte tocca all'altro non riguarda me e se la dò all'altro collettivizzato lo faccio col negare ad un gruppo il diritto alla vita, a favore di un aberrante e inesistente diritto del mio gruppo alla stessa - .

Conviene aggiungere che non sfugge a questa dinamica l'eutanasia; "in fondo - ha osservato con pertinenza Tillard (13) - tutto il gran parlare che si fa intorno ad essa non viene forse a eludere il problema di una morte più umana...finendo per collocare il tutto nell'orizzonte della happy society "? Ad una analisi approfondita l'eutanasia si rivela infatti non solo come il controllo sulla morte (se io posso determinarne il tempo e il modo ciò significa che, io, sto vivendo) ma anche come la condanna di una parte ormai negativa della vita (il malato grave) a favore di se stessi, in un modo del tutto analogo alla filosofia del genocidio.

Si può infine dire che non si sottrae alla dinamica in esame neppure la fanatica avversione di ogni credenza nell'al-di-là, in quanto rifiutare l'esistenza di ogni vita ultra-terrena sembra proprio nascondere una negazione della propria mortalità; né, all'opposto, vi sfugge la credenza nella re-incarnazione, la prosecuzione in un'ulteriore vita terrena.

Si tratta in tutti i casi di processi evidentemente psicopatologici, del confronto traumatico col tabù della morte in una realtà sociale tutta rivolta al consumo della vita; è stato osservato al proposito che il venir meno del tabù del sesso che caratterizza la cultura attuale, col conseguente avvento imperversante della pornografia e della pedofilia, si pone in correlazione inversa con l'instaurazione del tabù della morte.

Viene proprio da qui lo "squallido anonimato di certe corsie di ospedale a cui il morente è affidato o degli obitori in cui la morte è occultata", lamentato dal bimestrale Informa MEIC del Marzo 1998!

4) Orbene, fino a quando questa "cultura della immortalità immanente" si impersona in un individuo, un gruppo o nella società e tutte le volte che trapela in qualcuno degli aspetti di morte sopra ricordati, è impossibile introdurre e tanto meno promuovere un discorso di assistenza dignitosa ed efficace per chi sta morendo; perché ciò equivarrebbe curare la vita con la morte, perpetrando il delitto di trasformare la vita nella morte, anziché la morte nella vita.

Comprendere la dinamica di questi aspetti culturali di negatività, allo scopo di affrancarsene o di non esserne contaminati, si rivela pertanto una conditio sine qua non imprescindibile per impostare correttamente il discorso sulla assistenza al morente.

Una seconda condizione "antropologica" indispensabile per la adeguata assistenza a chi è alla fine della vita, passa per la conoscenza delle reazioni emotive che si mettono inevitabilmente in gioco nell'animo di chiunque assiste un morente: esse non sono soltanto quelle già sopra ricordate come risposta alla temperie della malattia, ma si collocano ad un livello soggiacente alla coscienza, pur senza essere del tutto inconse; appartengono infatti per grande parte alla sfera del pre-conscio, che come tale è direttamente recuperabile alla conoscenza, quindi non richiedono una specifica preparazione psicoanalitica per essere comprese.

Al livello indicato sta soprattutto il fatto che, come si è già avuto modo di sottolineare, chi vive la propria morte come un tabù, un evento spaventoso e orribile, non può affrontarla in quella di un malato terminale: si è visto che chi nega la morte si rifiuta di parlarne, e allora il rifiuto si trasmette empaticamente al malato, motivando anche lui al rifiuto e rendendo così ardua, se non impossibile, quella comunicazione vitale sulla morte lungo la quale si declina l'assistenza in esame.

Sono questi i medici che quando interrogati, se pure non negano di avere in cura malati vicini alla morte dicono che gli stessi non vogliono conoscere la verità, non la chiedono e che è pericoloso dirgliela per la loro precaria salute fisica o psichica, oppure si risentono come se si cercasse di dimostrare la loro incapacità di trattare i malati. E non si va lontano dalla realtà pensando che negli stessi medici si ritrovano l'uno o l'altro di quegli "aspetti di immortalità immanente" che sono stati descritti nella introduzione di questo lavoro.

Il discorso si fa più sottile, ma anche più importante, se si dice che di fronte ad una malattia inguaribile negli astanti si risveglia comunque rabbia inconscia e che questa è tanto più grande quanto più il malato preme a chi lo assiste. Per questo quando è un bambino a risultare affetto da tumore, nella famiglia la rabbia è grande

e pervasiva (14); più specificamente, quando si tratta di un familiare essa è motivata dall'abbandono del componente la famiglia e dai problemi collegati che insorgono e quando è il caso del rapporto tra un medico e un malato particolarmente impegnativo, essa si scatena per lo "scacco sanitario" che la morte determina nel primo. Va qui ricordato che le infermiere della Kuebler-Ross giunsero ad ammettere che, morendo in loro presenza, è come se i malati commettano un atto di collera verso di loro...(15).

Ora, se tutto questo è ancora comprensibile, lo è molto di meno il fatto che poichè la rabbia, il lutto, lo smacco sono provocati proprio da chi muore, una forte ostilità inconscia si scatena fatalmente contro di lui, anche quando non pre-esistevano alla morte motivi di risentimento nei suoi confronti. Di fatto, chiunque ha

conoscenze psicoanalitiche sa che nell'inconscio si possono animare aggressività anche omicide verso altri, pur se legati da stretta parentela, e che la morte imminente suona a tale livello come il compimento di queste pulsioni distruttive.

Le stesse, pur non avendo rilevanza sul piano della morale in quando inconsapevoli e involontarie, determinano tuttavia tipici comportamenti reattivi: non vi è per esempio dubbio che da queste ostilità latenti verso i pazienti terminali, o meglio dalla loro negazione, nascono le difficoltà intrise di rabbia presentate da medici e familiari ad ogni discorso sulla morte. E proprio da qui deriva il fatto che, ogni qual volta si parla di morte, che la si fronteggia, si mette in moto in chi non è preparato un inconscio impulso di odio col quale, per quanto assolutamente nascosto, occorre fare i conti; questo impulso comincia ad esprimersi col nascondere la verità al malato terminale, o col non sapere come comunicargli quella verità che gli spetta e che lo si può invece indurre ad accettare con serenità; e termina con quei sentimenti affliggenti di colpa che così frequentemente opprimono i sopravvissuti e li inducono a dubitare di non aver fatto abbastanza per scongiurare la morte di chi se ne è andato... E molto di più ciò si verifica se nelle relazioni pregresse col defunto non erano mancati motivi di conflitto o di incomprensione!

Tuttavia i suoi derivati peggiori sono i desideri distruttivi inconsci e le difese comportamentali di negazione che si assumono al riguardo, tutte certamente offensive per il paziente: come quello del c.d. accanimento terapeutico, quello del possibile errore di diagnosi e di intervento, quello della mancanza della speranza da parte di chi assiste, al momento in cui il paziente ne ha più bisogno; per non dire della impreparazione a "lasciare andare" il morente, rendendogli impossibile operare il definitivo distacco dagli agganci umani, quando ciò è da lui desiderato (16).

In tutti i casi, si tratta di atteggiamenti impedienti la possibilità di una condotta assistenziale corretta, improntata alle norme che via via sono state sopra ricordate.

5) Nel groviglio dei sentimenti, reazioni e razionalizzazioni difensive che si è cercato di ordinare, come regolarsi allora perché le norme del comportamento assistenziale corretto siano spontaneamente possibili ?

Su un piano generale è innanzitutto necessario ricordare che quando si parla di morte è possibile farlo secondo prospettive molto diverse fra loro: vi è infatti una morte oggettiva, una morte psicologica o metaforica e una morte dello Spirito. La distinzione deve essere tenuta ben presente, se si vuole offrire una adeguata "assistenza" al morente.

La morte oggettiva non ha bisogno di spiegazioni: è quella biologica di cui si parla ordinariamente, che si impone, che è negatività, tuttavia essa deve necessariamente intrecciarsi con la vita. Infatti si è visto che il primo compito che spetta all'helper dei malati terminali è quello di non essere estraneo alla meditazione della propria morte, prendendone coscienza e accettandone l'ineluttabilità personale e la sempre sua possibile imminenza; perché "l'uomo, appena nato è già abbastanza vecchio per morire" (17). Questo atteggiamento interiore aiuta già fondamentalmente il malato a superare l'ansietà e il timore della morte vicina.

Guardare con occhio spregiudicato alle varie possibilità che sono state descritte, come parlare al morente di morte, può sembrare ripugnante o difficile; ma non lo è se la propria partecipazione è autentica e allora si scopre con sorpresa che "per il malato il problema non è la morte in sé ma che egli ne teme l'avvicinarsi per il senso di disperazione, di abbandono e di solitudine che l'accompagna"(18). E' probabilmente per questa ragione che sono molto numerose le persone che si auspicano una morte improvvisa, possibilmente nel sonno, perché ciò elimina l'esperienza della solitudine e anche del dolore, pur sapendo tutti che oggi questo è decisamente controllabile.

Sfortunatamente questi principi sono in contraddizione con la attuale cultura sanitaria e specialmente con quella c.d. scientifica e di fatto, come si è già visto, quanto più un medico è tecnicamente preparato, più è riconosciuto esperto in medicina clinica, meno è disposto a lasciarsi coinvolgere nel discorso della morte: nella ricerca della Kuebler-Ross all'inizio era quasi impossibile avere dai curanti il permesso di intervistare

uno dei loro malati; particolarmente dai medici specialisti, meno dagli assistenti interni e ancor meno da quelli esterni al servizio e degli studenti. E la ricerca di Greenwald e Newitt ha rilevato che gli internisti e i radiologi hanno le maggiori difficoltà quanto alla decisione di comunicare una diagnosi infausta ai propri pazienti in fase terminale, certamente superiore a quella dei chirurghi.

In realtà è necessario riconoscere che i medici di oggi, tranne eccezioni, sono ancora impregnati del pregiudizio fattosi strada a partire dal 1700, sull'onda dell'Illuminismo: quando si incominciò a non considerare più vita e malattia, come prima, in termini di apprendistato alla morte, e quest'ultima come coronamento ed esaltazione del percorso esistenziale, o al peggio come un castigo di Dio. Questi eventi diventarono solo dei fatti naturali, da conoscere e combattere con le risorse scientifiche della medicina, un

sapere presuntivamente detentore di ogni vittoria sul male; per cui diventò una "scortesia crudele" - come si esprime Diderot - parlare di morte, specialmente da parte di un medico.

La morte "addomesticata" di prima, derivata dall'opera di cristianizzazione del mondo Europeo, era diventata morte "interdetta", derivata dai processi di rimozione del mondo scienziato, con tutte le conseguenze del caso: al morituro si doveva, e ancora si deve, mentire fino all'ultimo, tentando di "difenderlo" dalla sua morte, riuscendovi anche troppo frequentemente, e per esempio nella nostra cultura vige ancora oggi il clima perverso del secolo scorso, per cui si ritarda l'amministrazione dell'Olio degli Infermi fino al momento in cui il malato è incosciente, in modo che non si accorga che sta per morire... Analogamente, in molti centri ospedalieri americani questa strategia dell'occultamento impone che " i vivi, persino quelli che sono gravissimi e che pensano alla loro morte, devono credere che mai nessuno muore nell'ospedale in cui sono ricoverati"(19); oppure, ribaltando il tabù, si preannuncia brutalmente la morte al paziente anche quando non ve ne è ancora bisogno, quasi nel risentimento di chi col suo morire sta tradendo la scienza del medico.

E' d'altra parte indicativo del clima emotivo che pervade il mondo medico il fatto che Carrel (20) sia ricordato in esso per le sue ricerche sui fibroblasti di embrione di pollo, definiti come cellule virtualmente immortali, ricerche premiate con la distinzione del premio Nobel; mentre a Hayflick e Moorhead, (21) che successivamente avevano dimostrato la fallacia sperimentale delle indagini di Carrel (la vita dei fibroblasti ha limiti certi, dipendenti dal tessuto della specie animale di prelievo, quelli del pollo non più di 50 divisioni) non spetta che un posto di secondo piano nella letteratura scientifica universale.

Eppure proprio ai medici, una volta che hanno avuto il coraggio di incominciare, le cose diventano sempre più facili, e lo dimostrano non solo le esperienze di Chicago(22) ma anche la loro riuscita partecipazione ai c. d. Gruppi Balint per medici con responsabilità di cura, nonché a quei gruppi psicoterapeutici per sanitari, familiari e malati, che sono strumenti insuperabili di apprendimento e di accettazione del destino di una vita volgente al suo termine.

Infatti proprio ai medici dovrebbe essere naturalmente possibile convivere con la morte, oltretutto con la vita, al solo pensiero di come sul piano biologico queste due variabili della esistenza stanno fra loro in inestricabile intreccio. Noi tutti medici sappiamo che, biologicamente parlando, non c'è vita senza morte, che la vita è rivestita di morte, compenetrata, imbevuta e impregnata da essa, che il catabolismo promuove l'anabolismo e che a livello cellulare vi è indistinzione fra principio di vita e di morte: il fatto è che i c.d. protoncogeni, sono componenti del genoma normale, svolgendovi sia la funzione fisiologica della regolazione dei processi di crescita, proliferazione e differenziazione cellulare sia, come oncogeni, la induzione e il mantenimento della crescita tumorale.

La vita incomincia così in un bilanciamento di opposte possibilità, verso la crescita normale o la oncogenesi, una dialettica nella quale il complesso delle esperienze esistenziali entra decisamente a pilotare la direzione, tramite la modulazione degli anti-oncogeni.

Vita e morte costituiscono in definitiva un unico processo di crescita e proprio per questo è accettabile, sempre sul piano strettamente biologico, che la Kuebler-Ross abbia definito la morte come "lo stadio finale della crescita"(23), e il morente come un Maestro di vita (24).

Le cose si prospettano con una più complessa articolazione sul piano psicologico, che si declina sulla metafora; al proposito Matte Blanco, un grande pensatore cileno e di adozione italiana, psichiatra e psicoanalista, ha fornito la convincente dimostrazione che nel profondo dell'inconscio personale la morte coincide con la vita, così come si verifica per ognuno dei due termini opposti delle antinomie fondamentali (25); per cui si può affermare che, a quel livello, la vita collude con la morte.

La dimostrazione di Matte Blanco parte dalla rilevazione che noi siamo abituati a studiare le strutture e le funzioni biologiche nei termini della scienza e della logica che la regge; in questi termini distinguiamo ciò che è vivo e ciò che è morto.

Tuttavia la realtà degli esseri umani, nei quali la psicologia ha il privilegio di eccedere in modo unico la biologia, costringe a guardare con maggiore complessità alla loro natura costitutiva; alla luce di questa complessità risulta che nel "pensare", nel "sentire", nell' "essere" dell'uomo sono inestricabilmente compresenti sia il parametro dividente e bivalente del pensiero (logica scientifica, bi-valente, detta asimmetrica), sia quello generalizzante e confondente della emozione (logica omogeneizzante, detta simmetrica). In questa prospettiva bi-logica (26), in termini di emozione non è più possibile distinguere fra vita e morte: esse hanno la stessa estensione ed è possibile affermare che "per essere, la vita ha bisogno della morte". La stessa prospettiva comporta infatti le seguenti conseguenze.

La prima è che con questo principio non si vuole sostenere che la vita e la morte sono oggettivamente interscambiabili, ma che così può risultare sul piano della soggettività, che è bi-logica: su questo piano, ciò che nell'ambito della logica ordinaria è separato e antinomico, non lo è affatto per quello della logica

simmetrica, omogeneizzante, per la quale pensiero ed emozione sono indissolubilmente legati, l'uno "anaclitico" dell'altro; un legame che si fa secondo le loro più varie proporzioni e dove, quando l'emozione è così grande e profonda da escludere quasi il pensiero, i termini antinomici si fondono; è per questo che la vita diventa uguale alla morte.

Come seconda conseguenza, Matte Blanco ha promosso il concetto che la dinamica psichica dell'uomo procede inevitabilmente (nel pensare, nel sentire, nell'essere) secondo "strutture bi-logiche", che possono essere "vitali", in quanto orientate al progresso, alla crescita, oppure "letali" in quanto regressive e orientate alla distruzione (27). Questa doppia possibilità giustifica da un lato le espressioni vitali degli innamorati, che uguagliano la vita e la morte "sentendo di poter amare sino a morire" e che "l'amore è forte come la morte" (struttura bi-logica vitale); e spiega d'altro lato molteplici tendenze distruttive, come quella dei fautori dell'eutanasia, che tolgono la vita e danno la morte in quanto considerano la uguaglianza soggettiva dei due termini e trasformano perversamente la stessa uguaglianza in un fatto oggettivo (struttura bi-logica letale). Si ha qui una spiegazione psicologica atta a de-legittimare i difensori della eutanasia: una spiegazione che testimonia il loro stato mortifero di confusione che, scambiando il piano soggettivo con quello oggettivo, fa slittare la vita nella morte come se si trattasse della stessa cosa: un modo che è del tutto uguale a quello proprio dello stato schizofrenico.

Per ricondurre le cose nel quadro delle considerazioni svolte, sembra possibile affermare che, per quanto vita e morte siano in radicale opposizione oggettiva (dove c'è vita non c'è morte), la riflessione abituale sulla propria morte consente di controllarla continuamente nella sua uguaglianza psicologica con la vita e fa sì che, alla fine, la morte non sia separata dalla vita, ma sia anch'essa vissuta in modo vitale: la morte come nascita a qualcosa di nuovo e i morenti come maestri di chi sopravvive, come ha icasticamente sostenuto la Kuebler-Ross nei suoi due ultimi contributi citati.

Si può legittimamente sostenere al riguardo che è sicuramente patologico, e sfortunato, chi arriva alla sua fine nel divorzio psicologico della vita dalla morte: o perché ha pensato solo alla vita, sfruttandola consumisticamente, o solo alla morte, per un continuo stato di suicidio metaforico; e comunque in esclusione reciproca fra vita e morte.

Di fatto sul piano psicodinamico non vi sarebbe vita, e l'Uomo non sarebbe uomo, nel ripudio sistematico della morte: perché ciò che non muore, per esempio una pietra, non possiede il bene più prezioso di tutta la creazione che è la vita e una vita che non accettasse in alcun modo la morte si configurerebbe come un sabotaggio totale della esistenza.

Ne risulta che, paradossalmente, l'uomo ha bisogno di morire per vivere in pienezza la sua vita di uomo e questo è chiamato a fare pensando vitalmente alla sua morte: un vero sposalizio antropologico, che condiziona in esclusività la possibilità di assistere degnamente chi sta morendo e di comunicargliene al tempo opportuno la verità.

6) Rimane da fare per ultima una considerazione che parte dal piano psico-dinamico per entrare in quello dello spirito.

Si è visto che la morte si costituisce come un complesso altamente emotivo di sentimenti, di reazioni, di minacce e di paure: con essa si tratta con una emozione forte, a molte dimensioni, come lo è l'Amore al quale è stata giustamente paragonata.

Ora, l'impatto della morte con la mente dell'uomo è del tutto particolare, in quanto la multi-dimensionalità della morte entra inevitabilmente in conflitto col pensiero asimmetrico, logico, scientifico dell'uomo che è naturalmente tri-dimensionale: come sono tri-dimensionali le sue strutture biologiche.

La morte non entra dunque in questa tri-dimensionalità, propria del pensiero dividente, logico, digitalizzabile, attribuito al funzionamento teorico ed estrapolato dell'emisfero cerebrale di sinistra. Per dire che la morte non può essere pensata, non esiste sul piano della logica e già a Epicuro ciò risultava chiaramente, come ne è paradigma l'avvertimento dato a Meneceo: "Abituati a pensare che nulla è per noi la morte, nè per i vivi nè per i morti; perchè quando ci siamo noi non c'è la morte, quando c'è la morte noi non siamo più".

Ai nostri giorni, le elucubrazioni iper-logicistiche di Marcuse ottengono lo stesso risultato in quanto riducono la morte ad una sola categoria logica, dis-umanizzata, inesistente.

Ma, nonostante Epicuro e Marcuse, la morte è sempre con noi.

Il recipiente naturale della morte è invece la logica simmetrica, omogeneizzante, affettiva della mente, quella ikonica e globalizzante attribuita al funzionamento teorico ed estrapolato dell'emisfero cerebrale di destra; perchè questa logica è multi-dimensionale, come lo è la morte.

Da questo punto di vista la morte può essere accolta, vissuta, sentita, anche se nella impossibilità di rinserrarla in un reticolo di pensiero. Ed è in questa prospettiva che il vissuto di morte si coniuga con quello della vita e, in più, si comunica immediatamente ad un contenitore analogo che gli sia beante: cioè nella mente emotiva di chi, stando per morire, ha fatalmente indebolito i suoi legami con le strutture biologiche quindi con quelle dividenti della logica ordinaria.

Ma è anche così che il vivere in questo modo la morte, un modo vitale, si ibrida, si integra, si unisce in un processo squisitamente naturale col mondo soprannaturale dello spirito, con Dio, che di dimensioni ne ha infinite.

Infatti niente come quel vivere in senso vitale emotivo la morte che è contrassegnato in multi-dimensionalità, avvicina in modo privilegiato a Dio, l'Infinito dimensionale e introduce al discorso sulla Vita e la Morte dello spirito.

Al proposito si può dire, innanzitutto, che può essere molto difficile, o anche impossibile, comprendere bene e soprattutto vivere in perfezione le cose che sono state raccontate; tuttavia questo compito diventa molto facile, quasi ovvio, per chi abbia la fortuna, la Grazia, di viverle in quel clima esistenziale e di Fede che si dice Cristiano.

Perchè, se integrare in sé quanto si è detto dipende in primo luogo dalla personalità globale di chi assiste, niente risulta necessario insegnare a chi è dotato del carisma religioso dell'"aiuto" e di quella elevata formazione per la quale l'"altro" è se stessi e, per la Fede cristiana, è lo stesso Figlio di Dio.

Chi ha questo privilegio è comunque in grado di compiere una ulteriore distinzione riguardo alla vita e alla morte: oltre a quella biologica e psicologica di cui si è parlato fino a questo punto, che è quella "prima" secondo la denotazione di Francesco d'Assisi, vi è anche una Vita e una morte spirituale o "seconda", retta da proprie leggi e dove i due termini sono non solo in radicale opposizione ma anche in irriducibile, reciproco conflitto, senza alcuna possibilità di intreccio (vita et mors duello conflixere mirando); per tutti l'auspicio è che alla fine questa morte rimanga sconfitta, perchè solo

da ciò nasce la Vita, quella "seconda" e si giustifica il trionfo espresso dalle parole: "Morte, dove è la tua vittoria?".

Traguardando così le cose la Vita è radicalmente distinta dalla morte, tanto che il soggetto umano può essere del tutto morto anche nella pienezza della sua vita biologica; pur sempre col beneficio, sinchè campa, di recuperare anche la Vita dello spirito. E nella Vita eterna non vi è più traccia di morte.

In questa ben temperata distinzione di quadri, si può dire che anche nel diverso valore che le cose assumono nell'ambito dello spirito, si ritrovano importanti processi di intreccio fra questo piano e quello propriamente umano, sia biologico che psicologico; la affermazione evangelica: "se il chicco di grano caduto in terra non muore, rimane solo; se invece muore, produce molto frutto. Chi ama la sua vita la perde e chi odia la sua vita in questo mondo la conserverà per la vita eterna" (Gio. 12, 24-25) imposta bene il problema; e ne viene che la Vita "seconda" è così importante da giungere a richiedere il sacrificio di quella "prima", sia essa intesa in senso metaforico, psicologico, che anche biologico.

L'intreccio tra la Vita spirituale e quella biologica e metaforica risulta comunque consustanziale sin dall'inizio della vita Cristiana e infatti a chi vive in quest'ultima è noto che ogni morte è sorgente di vita, sia metaforicamente nella vita quotidiana, sia fattualmente al termine della forma terrena della vita, in quanto il morire cristiano è porta di ingresso per l'abbraccio con Dio. Per un Cristiano in verità ogni morte cela la vita e ogni gioia, in quanto vissuta non come un possesso geloso e definitivo ma come un dono transeunte, nasconde la morte; e per lui il morire alla vita terrena significa poi "condurre pienamente a termine la propria maturazione umana nelle ultime fasi della vita...e portare a compimento la sequela di Cristo nelle ore del morire" (28).

Il Cristianesimo insegna anche, come ricorda Giovanni, che chi nega questa realtà e persegue unilateralmente la vita, incontra la morte e che la salvezza dipende unicamente dal fatto che questa unilateralità si estingua prima della morte del corpo: nella accettazio- ne, ma sarebbe meglio dire nel saluto gioioso della morte.

Anche in questo profilo soprannaturale, come si vede, la vita è morte, la morte è vita.

Il Mahatma Gandhi, anima naturaliter christiana, lo aveva esplicitamente riconosciuto: "chi è nato su questa terra non può sfuggire alla morte, che è amica di tutti noi. Essa deve sempre godere della nostra gratitudine, poiché ci solleva per sempre da tutte le nostre pene" (29) .

Quanto più gioiosamente Francesco d'Assisi aveva saputo fondere la bellezza del vivere e del morire, vedendo in essi il volto illuminato di Fratello Sole e di Sorella Morte...

Ed è certamente questo sia il modo più incisivo ed efficace di integrare la morte con la vita, in modo che la prima sia non un'istanza che adombra e rende infelice la seconda ma le conferisca una autentica felicità, sia

la condizione e il sigillo di una assistenza psicologica e spirituale in verità, verso chi sta per incontrare la morte.

Nota bibliografica

- 1) TOLSTOJ L.(1886), La morte di Ivan Il'ic, Milano: Mondadori, 1978.
- 2) LANDSBERG P.L., Essai sur l'expérience de la mort, Paris: P.U.F., 1951.
- 3) KUEBLER-ROSS E., La morte e il morire, Assisi: Cittadella Editrice,1992.
- 4) LESZCZ M, GOODWIN P., The rationale and Foundations of Group Psychotherapy for Women with methastatic Breast Cancer, Int.. J. Gr. Psychother. 1998, 48: 245-273.
- 5) ALLEN R., SCHEIDT S., Group Psychotherapy for patients with Coronary Disease, ibid, 187-214.
- 6) KUEBLER-ROSS E., La morte e...p. 134.
- 7) BIONDI M., COSTANTINI A., GRASSI L., La Mente e il Cancro, Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1995: cap.6.
- 8) MALTESE A., La necessità della formazione psicologica del medico ed i gruppi di formazione Balint, Arch. Psic.Neur.Psich.1992, LIII: 406-417.
- 9) KUEBLER-ROSS E., La morte e...p. 130.
- 10) PASCAL B. (1669), Pensées 213, Oeuvres complètes, Paris: Bibliothèque de la Pléiade,1954:1147.
- 11) FREUD S. (1915), Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte, Parte IIa, Il nostro modo di considerare la morte, Opere Complete VIII, Torino: Boringhieri, 1976: 137.
- 12) MARCUSE H.(1955), Eros and Civilization, Boston: Beacon (trad.ital. Torino: Einaudi, 1967).
- 13) TILLARD J.M. R. Tillard, La morte, enigma o mistero? Bose: Ed. Qiqajon, 1998: 19.
- 14) BIONDI M., COSTANTINI A., GRASSI L., La Mente e... p.138-139.
- 15) KUEBLER-ROSS E., La morte e...p. 276.
- 16) GREENWALD H.P., NEVITT M.C., Physicians attitudes toward com- munication with cancer patients, Soc. Sci. Med., 1982: 591-594.
- 17) HEIDEGGER M., Essere e tempo, Torino: Einaudi,1969.
- 18) KUEBLER-ROSS E., La morte e... p.294.
- 19) ZIEGLER J., I vivi e la morte, Milano: Feltrinelli,1978.
- 20) CARREL A.(1934), L'uomo, questo sconosciuto, Milano: Bompiani, 1940.
- 21) HAYFLICK L., MOORHEAD P.S., The serial cultivation of human diploid cell strain, Exper. Cell Res. 1991, 25: 585-594.

- 22) KUEBLER-ROSS E. La morte e... cap.XI.
- 23) KUEBLER-ROSS E., Death. The final stage of growth, New York: Simon and Schuster,1986.
- 24) KUEBLER-ROSS E., The dying patient as a teacher: an experiment and an experience, Chicago Theol. Semin. Regist., 1966, 57: 4.
- 25) MATTE BLANCO I., Le quattro antinomie dell'istinto di morte, in DAZZI N., ROVIGATTI F. (a cura di), Convegno su Freud e la Psicoanalisi, Roma, Istit. Encicl. It.,1973: 447-460.
- 26) MATTE BLANCO I., The Unconscious as Infinite Sets. An Essay in Bi-Logic, London: Duckworth, 1975 (trad.ital. Torino: Einaudi, 1975).
- 27) ID., Thinking, Feeling, and Being, Clinical Reflections on the Fundamental Antinomy of Human Beings and the World, London: Routledge, 1988 (trad.ital. Torino:Einaudi, 1995).
- 28) BIANCHI E., Vivere la morte, Milano: Gribaudi Ed., 1996.
- 29) LAPIERRE D., COLLINS L., Stanotte, la Libertà, Milano: Mondadori, 1986.