



ISSN 2280-9120

Rivista di

Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria

SEMESTRALE DELLA FEDERAZIONE PSICOLOGI PER I POPOLI

Numero Monografico 1 - 2025

**Il corpo del defunto: considerazioni
antropologiche e implicazioni psicologiche
collegate alla visione della salma**

Direttore responsabile
Giuseppe Maiolo

Direttore
Donatella Galliano

Vicedirettore
Luigi Ranzato
Catia Civettini

Direzione scientifica
Antonella Postorino
Elisabeth Weger
Claudia Vella
Raffaella Paladini
Marianna Rudino
Daniela Trapassi

Comitato professionale
Presidenti delle Associazioni
Regionali/Provinciali
di Psicologi per i Popoli

Redazione
Anna Tava
E-mail: rivista.pxp@gmail.com

Psicologia dell'emergenza e dell'assistenza umanitaria è edita da
Psicologi per i Popoli – Trentino ODV
Via Galileo Galilei 18, Lavis (TN)
CF: 95015460223
Direttore: pxpfederazione.presid@gmail.com
Vicedirettore: ranzato.luigi@gmail.com

AVVERTENZA: qualora nei testi e nelle bibliografie internazionali riportate dalla nostra rivista sia indicata la possibilità per “operatori non psicologi” di svolgere attività psicologiche, si rammenta che in Italia tali attività (art. 1 e 3 della legge 18.02.1989 n. 56, “Ordinamento della Professione di Psicologo”) sono riservate agli iscritti nell'Albo dell'Ordine degli Psicologi. Si ricorda altresì che l'abusivismo professionale nel nostro Paese è condannato ai sensi dell'art. 348 del Codice Penale.

Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria

Numero Monografico - 2025

Indice

Introduzione/*Introduction* p. 4

Monica Ronchini*

L’incontro con la salma: alcune considerazioni antropologiche p. 5

Marzia Marsili*

Il corpo del defunto: implicazioni collegate al vedere la salma per i familiari ('viewing the body') p. 23

Sommario p. 232

* Con una formazione in filosofia e antropologia culturale, ha lavorato nelle scuole pubbliche, nei musei della provincia di Trento, in strutture pubbliche per la gestione di progetti di innovazione sociale e in collaborazione con associazioni che si occupano di emigrazione giovanile, con una ricerca sul campo in Romania. Attualmente lavora come antropologa presso il MUSE Museo delle scienze di Trento".

* Psicologa con formazione junghiana, umanistica e storica (MA, PhD), vive e svolge la sua attività a Trento, sia in studio privato che nel privato sociale (dal 2006 collabora con Alfid - Associazione Laica Famiglie in difficoltà). Dal 2017 è in Psicologi per i popoli Trentino - ODV, come socia sostenitrice dal 2022. Si è occupata di percorsi di formazione in Italia e all'estero. marzia.marsili@gmail.com

Introduzione

La Direzione della Rivista propone in questa edizione la pubblicazione di un “lavoro monografico” che per la peculiarità della tematica, la documentazione prodotta e l'estensione della scrittura si distingue dall'abituale format degli articoli. Nell'auspicio che questa iniziativa possa trovare il gradimento dei lettori, la Direzione si riserva di ospitare anche altre monografie attinenti alla psicologia dell'emergenza urgenza e dell'assistenza psicologica in ambito umanitario.

La Direzione



Monica Ronchini

L'incontro con la salma: alcune considerazioni antropologiche

Riassunto

La morte, quando inattesa e violenta, è un evento radicale, che mette a nudo la trama che sostiene non solo l'individuo, ma le intere società nelle loro dimensioni, concreta e ideale. Come mostrano i principali sistemi religiosi e le pratiche studiate in alcune culture dagli etnologi, la scomparsa di un individuo mette in mostra i significati culturali del corpo, della persona e della società, iscritti profondamente e in modo diverso nella singolarità di ogni cultura. La lettura dei lavori degli antropologi aiuta a esplorare l'affascinante campo sottinteso alla diversità delle risposte che le culture offrono alla vertigine che ogni morte impone.

Parole chiave: corpo, salma, rito, scomparsa, cultura

Abstract

Death, when unexpected and violent, is a radical event, which lays bare the plot that sustains not only the individual, but entire societies in their concrete and ideal dimension. As the main religious systems and practices studied in some cultures by ethnologists show, the disappearance of an individual forces one to expose the cultural meanings of the body, the person and society, as they are deeply inscribed in the singularity of each culture. Reading the works of anthropologists helps to explore the fascinating field underlying the diversity of responses that cultures offer as a cure for the vertigo that every death imposes.

Key words: body, body, rite, disappearance, culture

* Con una formazione in filosofia e antropologia culturale, ha lavorato nelle scuole pubbliche, nei musei della provincia di Trento, in strutture pubbliche per la gestione di progetti di innovazione sociale e in collaborazione con associazioni che si occupano di emigrazione giovanile, con una ricerca sul campo in Romania. Attualmente lavora come antropologa presso il MUSE Museo delle scienze di Trento".

Premessa

Quando, per eventi, calamità naturali o disastri, la morte irrompe improvvisa nella quotidianità rassicurante e brutalizza il vissuto personale e collettivo, tutti diventano vittime. Lo sono i familiari e la rete di affetti e di legami, in qualunque forma e intensità. Ma anche chi sente anche solo risuonare quegli eventi come vicini al proprio vissuto è parte e spesso vittima dell'imprevisto, di ciò che per una volta, ancora una volta, è lì a dimostrare il potere limitato dell'umano. Ed è in questi momenti che emerge la cultura, la sua forza concreta, iscritta in profondità in ogni individuo e in ogni società come ordine dei significati che vengono 'incorporati'¹ con la crescita e che sono 'attrezzi' per affrontare l'incertezza dell'esistenza. Secondo Ernesto De Martino² la cultura è un orizzonte radicato in ogni persona, costitutivo della sua fisicità e delle sue relazioni. È lo sfondo in cui convergono significati e azioni; grazie ad essa il mondo diviene quotidianità rassicurante e ogni azione risulta dotata di senso in quanto è in relazione agli altri.

Ora accade che quando degli eventi mettono in crisi la domesticità e il mondo si disarticola e crolla, la crisi pone l'individuo nella condizione di 'pura presenza', nella vertigine della sua singolarità semplicemente esistente; allora gli strumenti culturali radicati nel corpo gli permettono di ritrovarsi e di ricostruire se stesso e la rete sociale e di senso che lo costituisce. Oggi, davanti alla sensazione della fine di un'epoca, in un Occidente che vive "al di fuori di qualsiasi orizzonte religioso di salvezza, cioè come disperata catastrofe del mondano, del domestico", pare urgente riconoscere e recuperare il ruolo della cultura nel senso indicato da De Martino per ricostruire orizzonti di senso accettabili e assumere, singolarmente e collettivamente, una prospettiva nuova e plurale³.

Partendo da queste considerazioni, chi scrive propone alcune riflessioni nella consapevolezza che siano solo accenni a questioni più ampie, dove si intrecciano saperi e sensibilità diverse. La speranza è che l'urgenza dei tempi possa sollecitare un loro innesto più profondo nei contesti della cura.

¹ Csordas 2003.

² De Martino Ernesto 2016, pp. 491-495.

³ De Martino E. 2016, p. 355.

L'attesa

Come rileva un recente volume⁴, la scomparsa di persone è un fenomeno di grande entità dal punto di vista quantitativo. Anche solo i termini che descrivono chi scompare sono diversi. Si parla di *desaparecidos*, per riferirsi a persone di cui non si sa più nulla perché oppositori di regimi autoritari, o rapite da organizzazioni di criminalità organizzata. Vi sono poi le *missing persons*, principalmente migranti e rifugiati, costretti ad abbandonare i luoghi d'origine a causa del cambiamento climatico e degli squilibri generati dal sistema globale dell'economia neo-capitalistica. Prese nell'insensatezza delle politiche nazionali di 'respingimenti' e di rifiuto di forme legali di asilo politico⁵, sono persone 'perdute', come indica in modo caustico il termine, assenti da ogni sistema di protezione personale, istituzionale e sociale, e avvolti nel limbo di uno spazio territoriale e sociale dove le regole sono sospese, sono nella stessa condizione dei fantasmi e dei cadaveri. Nelle politiche del 'lasciar morire' la 'normalizzazione' della scomparsa è testimoniata dall'uso del termine *dispersi*, che, mentre disegna un paesaggio, spesso marino, carico di frammenti dispersi nello spazio, dice anche della fine delle ricerche e della certezza della morte. Nel caso di rifugiati politici e dei migranti il riconoscimento e l'incontro con le salme per i familiari è un evento davvero sporadico, che getta questi corpi e i familiari in uno stato perenne di liminalità.

Il riconoscimento delle salme è allora un imperativo universale di umanità e giustizia⁶, non senza il rischio che prevalgano pratiche sociali profondamente ambigue, come nei casi dei morti nel Mediterraneo studiati da Brightman e Gotti⁷. Anche chi, per scelta, per disagio sociale o malattia, si allontana dal proprio ambiente vive nella condizione di un fantasma fra la vita e la morte.

Dal punto di vista delle famiglie e delle comunità di riferimento, ogni 'scomparso' è un attore socialmente molto presente⁸: per chi rimane la sua presenza-assenza significa la sospensione delle certezze del quotidiano: negli aspetti pratici, nei diritti sulle proprietà e nei rapporti con le istituzioni e la comunità sociale di riferimento, che spesso avvolge i familiari in una cortina di domande inesprese, di identificazioni e di attenzioni e cure.

⁴ *An Anthropology of Disappearance* 2023, pp. 4-6.

⁵ *An Anthropology of Disappearance* 2023, pp. 7-10.

⁶ *Unidentified deceased persons* 2022.

⁷ Brightman - Grotti 2019.

⁸ *An Anthropology of Disappearance* 2023, p. 2-3.

Ma ovviamente anche dal punto di vista psicologico. Per i familiari e per coloro che sono affettivamente legati a chi scompare subentrano meccanismi specifici: generalizzando si parla di *conoscenza turbata*, che indica il malfunzionamento della capacità di comprensione derivato dalla completa incertezza e disorientamento; si parla anche di *intimità disturbata*, fatta di domande senza risposta, paure, presenze immaginarie, profondi sensi di colpa e angoscia; è la stessa salute personale e mentale di chi resta ad esser messa a prova e i modi di governare il profondo disagio sono culturalmente organizzati e si rivelano chiaramente⁹.

Per rispondere all'incertezza dell'attesa le comunità rafforzano i legami sociali e spirituali con gli scomparsi. La stregoneria è uno strumento potente per legare gli scomparsi alla rete di appartenenza, sociale e divina. Essa opera attraverso una rete sociale e spirituale, secondo la 'logica dell'elastico' che avvicina e raggiunge chi non dà più notizie di sé. La stregoneria è efficace nei sistemi culturali che la riconoscono ed è uno strumento capace di creare un vero ponte fra la rete sociale di origine e la nuova vita, nel caso di chi emigra, o una giusta collocazione nel mondo dei non viventi¹⁰.

Fra gli altri strumenti usati per contattare gli scomparsi vi sono le pratiche spiritiche, che, richiamandoli spiritualmente, permettono di riprendere il dialogo interrotto e di ricomporre gli impegni reciproci fra parenti e conoscenti, 'congelati' dalla scomparsa, come nel caso descritto da Sorrentino in Vietnam.¹¹ Il senso è lo stesso nelle culture cristiane che si trova nelle veglie di preghiera o nelle celebrazioni laiche per i dispersi. Anche l'attività di assistenza degli psicologi dell'emergenza, accolta nella sua funzione di cura, ha la funzione di rafforzare i singoli alla rete sociale.

Il corpo: un oggetto complesso

L'incontro con il cadavere, soprattutto quando la morte è inattesa e violenta, è esperienza molto forte, spesso scioccante: colui o colei che prima era centro dinamico di azioni e relazioni, perno di una soggettività costitutiva della relazione, ora è lì, come corpo svuotato, materia inerte e chiusa in sé, riconosciuto eppure sconosciuto.

Il corpo, da centro, è diventato un enigma.

⁹ *An Anthropology of Disappearance* 2023, pp. 17-21.

¹⁰ Nathan – Lewertowski 2001, pp. 72-74.

¹¹ Sorrentino 2018.

Perché il corpo, avvolto dall'ovvietà del quotidiano, è un oggetto complesso, che le culture hanno sempre posto al centro dei rituali, delle pratiche di inculturazione e di teorie complesse. Come nodo e punto di intersezione concreto, il corpo è il luogo su cui convergono le relazioni sociali e le strutture di potere nelle forme più sofisticate e pervasive, anche nella nostra contemporaneità¹², ma è anche il 'luogo' dove si manifestano capacità di trasgressione e forme di resistenza al modellamento¹³. Il corpo, sostiene la fenomenologia¹⁴, è ambivalenza radicale. Per la sua struttura anatomica è apertura originaria al mondo, il quale si svela sempre e solo attraverso il corpo; di converso l'io esiste solo nella relazione con il mondo e attraverso questa tramite il corpo. In questo continuo trascendersi nel mondo e negli altri corpi, l'io non si perde, anzi, si ritrova in forme che danno senso al mondo, organizzate secondo modi culturalmente determinati, appresi fin dalla nascita e modellati lungo l'intero percorso di vita.

Come detto, tutte le culture letteralmente incorporano i significati e il senso attraverso i sistemi ideologici e le pratiche del corpo. Un primo modo per comprendere ideologie e significati che assume il corpo è nei termini utilizzati.

Nella cultura di matrice cristiana, parlando di corpo umano ci si riferisce agli aspetti materiali, fisici della persona, distinguendoli dalla sfera immateriale; secondo Tommaso d'Aquino il corpo dell'uomo è diverso dalla sua essenza, l'anima, per quanto l'anima sia strettamente personale, forma del corpo e condizione di accesso alla comprensione e alla spiritualità insita nell'essere¹⁵.

Nell'età moderna la differenza fra corpo e anima si approfondisce. La teorizzazione logica della distinzione fra anima e corpo si fa risalire a Cartesio, che definisce corpo tutto ciò che è esteso nel senso che occupa spazio. Altro è l'anima (inizialmente definita soggetto pensante) in quanto è priva di luogo e la sua esistenza risulta autoevidente alla mente anche se priva di estensione. L'intersezione fra corpo e soggetto pensante sono le emozioni, che sono affezioni del corpo da comprendere e governare con la ragione. Secondo il filosofo, il corpo umano, come quello degli animali 'bruti', può essere paragonato a quello di un automa, fatto di meccanismi e strutture quali tubi, materie elastiche, flussi di liquidi e reazioni meccaniche¹⁶.

¹² Pandolfi 2003.

¹³ Si veda Goffman 2001 (pp. 331-336) per il concetto di adattamento secondario, di territori liberi e territori di gruppo nelle istituzioni totali. Douglas 1979.

¹⁴ Galimberti 2005, pp. 24-27.

¹⁵ Bergamino 2011.

¹⁶ Cartesio 2010, pp. 133-137.

Immagine del corpo sottintesa dalla prospettiva bio-medica, questa rappresenta la nostra 'spontanea' percezione degli aspetti fisici della vita personale ed è per noi ovvia l'universalità di un concetto per il quale il corpo è una dotazione che un soggetto ha e non ciò che è.

In realtà, seguendo l'analisi di Umberto Galimberti¹⁷, fino al V secolo avanti Cristo, cioè prima della nascita e del primato della filosofia in Grecia, il termine usato per indicare il nostro significato di corpo come semplice materialità era soma (σῶμα), il cadavere, la salma. La vitalità della persona era data dalle singole parti del corpo, da cui aveva origine l'intenzionalità e l'azione; i testi omerici descrivono il conflitto che nasce fra le parti del corpo, ritenute capaci di soffrire, vedere, spingere all'azione, come un arco teso verso gli oggetti. L'uomo si trovava così a governare una pluralità di 'soggetti' interiori grazie alla virtù, la dimensione etica, che si manifesta al meglio nella *polis*, luogo per eccellenza della socialità e della libertà dai condizionamenti della natura¹⁸.

Anche la tradizione giudaica quando denomina il corpo, esprime un concetto diverso dal corpo come pura materialità. Con la parola 'carne' si esprime non un oggetto ma la condizione caduca dell'uomo, la sua impotenza di fronte alla potenza di Dio. L'uomo non *ha* carne ma *è* carne. Solo nel suo riconoscere che ha vita solo grazie a Dio l'uomo può superare la solitudine in cui cade se segue la propria arroganza. Ed è la presunzione della sua condizione caduca e della sua carne che lo spinge a pensare di poter fare a meno di Dio¹⁹.

Attraverso le tradizioni religiose, le concezioni del corpo si comprendono all'interno di una cornice sistematica complessiva. Ovviamente della ricchezza delle religioni, qui se ne considerano solo alcune e con un velocissimo sorvolo, insufficiente a render conto della ampiezza e profondità delle loro teorie.

La religione islamica ha una tradizione giuridica forte, sulla quale si costruisce un sistema teorico che può continuamente essere rivisto alla luce dei testi coranici. Il corpo è la parte divina donata ad ogni uomo e come tale deve essere conservata nella sua perfezione. L'unità fra corpo e anima è certa, ma lo spirito è superiore al corpo, che non è semplice materialità da abbandonare alla morte, ma materia che deve essere conservata nel suo valore spirituale attraverso una tensione morale costante.

¹⁷ Galimberti 2005, pp. 44-50.

¹⁸ Arendt 1988, pp. 21-24.

¹⁹ Galimberti 2005, pp. 57-64.

Con l'atto finale della morte, il fedele rende a Dio il corpo, che si è impegnato per tutta la vita a mantenere integro con le azioni rituali di purificazione, con una precisa casistica di divieti alimentari e con azioni di devozione quotidiana che implicano posizioni e direzione del corpo.

A proposito dell'integrità del corpo, è interessante il riferimento ad un recente dibattito interno al mondo mussulmano sulla legittimità di trapianti e donazione di organi. Guidato dall'analisi serrata dei testi coranici e della tradizione giuridica, la discussione, che ha visto coinvolti esperti di diverse posizioni, ha portato a ritenere che per un mussulmano si possano autorizzare trapianti anche se solo in alcune situazioni²⁰.

Nell'antica religione cinese era molto importante il principio olistico secondo cui corpo e spirito sono una stessa realtà. Ancora oggi praticato o sotterraneo alla cultura cinese, il Taoismo considera l'intera realtà come il risultato di un principio dinamico e di equilibrio, il Tao o la Via, che tempera due poli opposti, uno maschile e uno femminile, entrambi presenti in ogni manifestazione esistente. Il Tao regola l'intera realtà secondo equilibrio, gerarchia e armonia; così fra ambiente, individuo e società c'è continuità reale, come non vi è distinzione assoluta fra fisicità, emozioni e ragione, che sono aspetti identici per natura e sono presenti e condivisi con tutti gli esseri, divinità comprese. Questa concezione si ritrova nell'idea del corpo: il corpo dell'uomo è un paese, potremmo dire un paesaggio, al cui interno vi sono laghi, monti, vie. Ogni 'luogo' conferisce un significato ai processi fisiologici individuali; ma nello stesso tempo il corpo nel suo funzionamento dimostra il legame reale fra uomo, gruppo di appartenenza, ambiente e cosmo. Esiste quindi un ideale di corpo umano perfetto ed è Lao Tsu, una divinità maschile e femminile insieme, indefinito nella forma esteriore e presente in ogni essere umano²¹.

Per la tradizione buddista, un testo recente del quattordicesimo Dalai Lama cerca di fare chiarezza in una materia complessa²². Il corpo fisico è ciò che si percepisce ad un primo livello. La persona, che in quello stadio è un sé temporaneo, sente di avere un corpo, 'grossolano' e una mente, definita 'mente condizionata'. Questi sono i primi stadi di consapevolezza che portano, la persona a distinguere corpo e mente. In realtà tutto ciò che esiste deriva da una connessione fra elementi fisici ed elementi

²⁰ Romani 2008.

²¹ Shipper 1982.

²² *Il libro tibetano dei morti*, 2007, Commento introduttivo di sua santità il XIV Dalai Lama, pp. V-XVII

mentali e il sé, se supera il primo livello di consapevolezza, si riconosce come sé sottile l'unione personale di corpo e mente, la cui vera realtà ed essenza è la mente.

Il percorso di consapevolezza dalla mente individuale si estende a tutto ciò che esiste: ogni cosa è correlata alle altre da rapporti di causalità, che portano a dire che le cose sono aggregati dotati di una condizione fisica, apparente, e di un'essenza spirituale e mentale. Sono i nostri campi sensoriali ad errare, in quanto non sono abituati a leggere il fondamento spirituale e mentale della realtà. Questo 'errore fondamentale', la propensione a credere nella pura fisicità di ciò che esiste, è alla base del sorgere delle propensioni individuali, le quali derivano dalle azioni compiute nel passato e che sono unite al presente dal legame reale²³ fra tutto ciò che esiste. Si parla perciò di propensioni, che generano attaccamento, legami e infine rinascita.

La morte è il punto in cui la dimensione fisica e quella mentale sono in maggiore contatto e diventano luminosità interiore; come accade nel sonno profondo coscienza ed energia coincidono. Il corpo fisico, continua un recente saggio di analisi²⁴, è un limite e una fonte di impurità, sia nel suo complesso, sia nelle sue secrezioni, ma ciò nel praticante non genera avversione; al contrario è la condizione che fa della filosofia buddista una pratica medica di profondo rispetto del corpo e di studio sulle sue componenti e funzioni.

Accanto a sistemi teorici complessi come le principali religioni, le concezioni del corpo si possono desumere dall'osservazione delle pratiche. Si entra qui in un campo di studio più propriamente etnografico. Seguendo una voluta riduzione schematica²⁵, si ritrovano tre significati di corpo: il corpo è una realtà individuale, è una realtà sociale e insieme una realtà politica. E ogni corpo è all'intersezione simultanea dei tre ambiti,

²³ Quando si parla di legame reale si intende ad esempio con le componenti familiari genetiche e con l'ambiente e, tramite la memoria, anche con le vite precedenti. Nella concezione buddista, la tendenza delle azioni attuali genera le condizioni della futura esistenza, diretta dalla legge di causa ed effetto. Il riferimento a processi che stanno alla base della natura dinamica dell'ambiente fisico (alternanza giorno e notte, la nascita della materia da particelle subatomiche) e del nascere e scomparire degli stati di coscienza giustifica l'idea di rapporti di causa ed effetto fra stati di coscienza e realtà materiale, e aumenta la responsabilità rispetto alle condizioni materiali dell'ambiente e agli altri. *Ivi*.

²⁴ Divino 2022.

²⁵ N. Schaper-Hugues - M. Lock 1987.

nello stesso tempo condizione della individualità, oggetto di pratiche di incorporazione al gruppo e ai suoi valori e luogo in cui norme e relazioni tentano di legittimare l'assoggettamento al gruppo.²⁶

Il corpo però è anche condizione di possibilità di un gioco continuo di adattamento che rende possibile la presa di distanza del soggetto e la continua risignificazione dalle pressioni individuali, sociali e politiche.

C'è prima di tutto un corpo come realtà individuale.

Rispetto alla nostra 'spontanea' concezione che considera l'individuo come 'proprietario' di un corpo e centro delle relazioni sociali, nella cultura giapponese, ad esempio, l'elemento unitario della società non è l'individuo e il suo corpo, ma i gruppi di appartenenza, come aziende e forme associative più o meno strutturate; non tanto la famiglia, in cui i fratelli, una volta usciti di casa, sono considerati al pari degli estranei²⁷. Il corpo individuale perciò risulta marginale, i contatti fra i corpi sono ridotti e le azioni stereotipate²⁸.

Dai resoconti di turisti occidentali si apprende, ad esempio, che in Giappone le mascherine erano usate prima del Covid e continuano ad esserlo anche oggi, in quanto sono considerate utili a produrre distanze e quindi rispetto. Sono molte culture diffuse in tutto il mondo in cui individuo e gruppo sono considerati unità reale in senso molto stretto. Così la salute del gruppo è fragile in quanto dipende dall'integrità dei singoli corpi e quando un membro del gruppo è colpito da malattia o da morte tutto il gruppo familiare e la rete sociale concreta sono minacciati, dall'interno o dall'esterno. E viceversa. In molte culture africane le malattie, le morti e gli improvvisi disagi psichici sono trattati come il prodotto di relazioni e azioni malevole che minacciano la sopravvivenza delle reti sociali.

Oggi gli effetti devastanti del colonialismo e della globalizzazione dell'economia, che hanno fatto del continente africano un bacino di raccolta di risorse minerarie e umane da sfruttare e devastare, si manifestano anche sotto forma di disagio psichico e fisico²⁹. Perciò la cura delle persone e la sopravvivenza dei gruppi consistono nella difesa dei fondamenti sociali e tradizionali del sistema delle alleanze e del potere e si mettono in atto azioni per

²⁶ In quest'ultimo aspetto soprattutto si veda Csordas 2003.

²⁷ Nakane 1992, pp. 16-20.

²⁸ Nakane 1992, pp. 19-25.

²⁹ Beneduce 2008.

comprendere il disagio, la malattia, la morte improvvisa anche di chi vive a migliaia di chilometri di distanza, attraverso rituali diretti ai 'malati' e ai gruppi sociali di riferimento e intervenendo così a correggere le difformità rispetto alla tradizione³⁰. Tradizione e contemporaneità perciò intrecciate alla storia coloniale che si ripercuote sulle vicende degli individui e dei gruppi, sono in un rapporto dinamico, che fa perno sul corpo, spesso posseduto da spiriti³¹.

All'opposto di queste culture che fondono il corpo individuale nel collettivo, ve ne sono di altre che percepiscono l'individuo e il suo corpo come composto di diversi sé. Ad esempio, gli indiani Cuna di Panama vedono otto sé in ogni persona, una per le diverse parti del corpo. Altre che leggono le diverse personalità come presenza di spiriti che possono essere dominati o interpretati attraverso riti e pratiche di possessione³².

Come detto, il corpo individuale è anche e ovunque un corpo sociale, risultato concreto dell'azione del sistema sociale che lo ha modellato; perciò osservando e manipolando il corpo la società riflette su se stessa. Come si vedrà, i riti si comprendono e funzionano in questa strettissima connessione fra corpi e struttura sociale, perché ciò che è scolpito nella carne è un'immagine della società³³.

Sono numerosi gli esempi di questa intrusione profonda del corpo sociale nell'individuo. Un esempio semplice è l'orientamento nello spazio; il riferimento a destra e sinistra, universalmente non indica solo relazione e direzioni, ma qualità morali, differenze di genere, di potere, come indica il termine 'sinistro', i significati associati e ad esempio le repressioni a cui erano sottoposti i bambini che si mostravano mancini.

³⁰ La pratica etnopsichiatrica ha dimostrato l'efficacia dei sistemi di cura tradizionali, dove figure professionali specifiche operano per la soluzione di malattie personali con farmaci, costruiti intorno ai significati del disagio, e con strategie che coinvolgono le comunità per la ricerca delle responsabilità e delle possibili soluzioni. Tutto il gruppo risulta malato e impegnato nella ricerca di soluzioni. I gradi sono ovviamente variabili nei gruppi culturali e in base al loro carattere specifico, ma in generale l'etnopsichiatria che se ne è occupata primariamente, ha dimostrato come processi di cura comunitaria siano molto frequenti e servano alla conservazione delle comunità per le quali la minaccia maggiore viene da chi ha abbandonato il luogo di origine ed è emigrato nelle città o nei paesi lontani. (Legnaro 2023).

³¹ Beneduce 2003, pp. 260-264.

³² N. Schaper-Hugues - M. Lock 1987.

³³ Douglas 1979, pp. 99-122.

Più in generale, il corpo è un 'simbolo' naturale della società, sostiene Mary Douglas³⁴, che nel suo lavoro spiega lo stretto legame reale fra sistema cosmologico, corpo individuale e assoggettamento a norme: tanto più complessa e articolata è la rappresentazione del cosmo, tanto meno forte è il controllo sul corpo dell'individuo, che si sottomette 'spontaneamente' a norme e modelli interiorizzati.

Nella griglia dell'antropologa inglese, le società occidentali sono caratterizzate da un lato da un sistema di conoscenze forte e articolato e dall'altro da un controllo allentato sui corpi, in quanto la continuità del sistema collettivo (sociale ed economico) è garantita dall'introiezione a livello individuale di comportamenti e bisogni standardizzati, incorporati in modo massiccio grazie a sistemi di comunicazione pervasivi e capillari³⁵.

Anche il controllo sulle forme di trasgressione non avviene con la repressione fisica o con azioni dirette sui corpi, ma con la riprovazione sociale. Ciò è particolarmente chiaro nel caso dei social media, che agiscono con fortissime sanzioni sociali ad ogni devianza rispetto allo standard di azione o come arena pubblica di approvazione o condanna di comportamenti e opinioni, configurandosi come reali forme di controllo sociale e politico pervasivo sui corpi³⁶. In modo analogo avviene nella società indiana, con un sistema di regole e una raffinata cosmologia parallele ad un sistema sociale in caste rigide che sottopone i corpi a precise prescrizioni alimentari, posizioni, regole di purezza e limitazioni differenziate per classi di appartenenza. Dove invece il controllo sul corpo è forte e il sistema teorico è meno rigido, continua Mary Douglas, vi è maggiore elasticità verso il mancato rispetto alle norme. In queste società, ad esempio, l'individuo che voglia differenziarsi ha maggiori margini di azione e le posizioni e i ruoli possono essere continuamente ridefiniti dalle qualità personali o

³⁴ Douglas 1979.

³⁵ La concezione del corpo come macchina nelle società occidentali si traduce in azioni che inducono 'meccanicamente' il comportamento. Un esempio chiaro è il circuito offerta/domanda di oggetti di desiderio (accessori, telefoni...) della 'società industriale avanzata', tanto che i dispositivi tecnologici sono ormai parte essenziale del nostro corpo individuale e delle nostre relazioni. La prospettiva futura di introdurli nel corpo genererà una perfetta inversione di potere fra macchina e individuo. Lo stesso può dirsi dello sviluppo prevedibile dell'Intelligenza artificiale.

³⁶ Pandolfi 2003.

dagli avvenimenti; l'interiorizzazione delle norme in questi contesti si realizza soprattutto in momenti rituali collettivi che usano il corpo come vettore privilegiato e ristabiliscono l'ordine cosmologico continuamente minacciato³⁷.

Il corpo è anche un oggetto politico.

Se le relazioni sociali, come visto, si esprimono in metafore, simboli e pratiche che iscrivono nel sistema sociale e creano appartenenze e conformismo, lo scopo dell'addomesticare il corpo è 'incorporarvi' le forme di potere, le gerarchie e di conseguenza i ruoli che derivano dalla storia delle società, dei suoi principi guida, dalle ideologie³⁸ e dalle stesse pratiche di potere sui corpi e sui gruppi. Nella nostra contemporaneità le tecniche di controllo dei corpi che sembrano trasgressive e condotte in nome di una libertà individuale assoluta del soggetto, chiedono discipline e controllo sociale strettissimi in ossequio ad una logica dell'effimero che risponde ad esigenze consumistiche imposte³⁹, che agiscono quindi in un ordine politico complessivo dominante delle società occidentali.

Incontro con la salma

L'analisi sulle diverse concezioni del corpo è utile ad avvicinare il tema dell'incontro con la salma, momento comunque delicato, particolarmente in tutti i casi in cui la morte non è attesa. Nella nostra cultura occidentale è raro assistere al morire al di fuori di contesti ospedalieri e non è frequente la visione di cadaveri. Nel caso poi di eventi violenti, questa assenza della visibilità della morte fa mancare un solido argine culturale all'urto con l'evento della morte, sia questa l'effetto di un evento efferato o devastante come nei femminicidi, o addirittura come una scelta oppositiva estrema nel caso dei suicidi⁴⁰. Il vuoto di risposte che l'accompagna crea un vortice nell'esperienza individuale, esposta davanti al cadavere alla brutalità di una pura presenza scomposta, da rivedere, riconoscere, rintracciare invano nel proprio vissuto.

³⁷ Beneduce 2002.

³⁸ Augè 2003, pp. 59-67.

³⁹ Pandolfi 2003.

⁴⁰ La lettura antropologica dei suicidi cerca di collocare il significato di questi gesti all'interno del contesto culturale, ma anche storico e politico dove avvengono. Si tratta infatti di un tipo di azione, comunicazione e protesta fondamentalmente sociale, non classificabile come semplice atto di malattia mentale o disagio (cfr. Staplers - Widger 2012).

Nell'incontro con quei corpi pesa la rappresentazione sociale che qualifica quei casi come 'cattiva morte'⁴¹. Come ricorda Hertz in un testo considerato all'origine della riflessione antropologica sulla morte⁴², per i suicidi, le donne morte di parto, i morti per eventi tragici, per esecuzioni politiche o condanne brutali, si ammetteva l'accanimento sui corpi, un gesto che negando i riti e la sepoltura, è condanna e sfida ai viventi.

Anche oggi nei molteplici conflitti, l'ostilità verso i corpi dei nemici ha lo scopo di negare ogni valore e ogni senso non tanto a chi è morto, ma alla rete sociale a cui la persona apparteneva o con cui era identificata. Alla vista di un corpo martoriato, l'idea della cattiva morte, intesa come fine anticipata rispetto alla durata prestabilita della vita, suscita e suscitava terrore; si credeva che le anime avrebbero continuato a vagare inquiete e selvagge sulla terra fino all'esaurirsi del tempo previsto, senza che il periodo transitorio di esposizione temporanea e la sepoltura definitiva potessero porre fine alla loro presenza inquieta⁴³. Secondo Hertz, la mancanza di riti nelle morti violente esprime il timore universale che le morti violente producano una scissione rispetto al normale ciclo della vita lasciando ai familiari il peso della colpa o delle conseguenze dell'anomalia.

Anche oggi molte culture considerano il cadavere un oggetto impuro e fonte di contaminazione. Eppure le universali pratiche di lavaggio del corpo, di vestizione, di sepoltura temporanea non rispondono ad esigenze igieniche. L'unico rischio registrato dalla scienza si corre in caso di conclamata presenza di infezioni virali o quando il cadavere è esposto a lungo al degrado. Di certo, la materia prodotta dalla decomposizione del corpo genera apprensione. E contro il rischio percepito si attivano pratiche magiche di protezione. Sono di questo tipo, ad esempio, la veglia, la chiusura di occhi e orifizi, il suono del gong, canti e preghiere collettive.

Le tanatoprassi sono universali e per certi versi simili, ma comunque coerenti con i significati di corpo. Ad esempio, nella nostra cultura, che allontana la morte facendone questione medica, la vestizione è affidata a figure specializzate che operano con precisione 'scientifica' sul corpo per predisporlo alla vista dei parenti prima della sepoltura in condizioni che richiamano il sonno, non la morte.

⁴¹ Brigman - Grotti 2019.

⁴² Hertz 1995.

⁴³ Di Nola, 118-122.

Similmente operano figure di sciamani⁴⁴, attori sociali che, per libera decisione, 'destino' familiare, disagio o per caso, si pongono dalla parte dell'ordine della natura, apprendendone i segreti e usandoli a beneficio del gruppo di riferimento⁴⁵. Le più familiari figure sacerdotali assolvono in fondo a funzioni simili.

In ogni caso si tratta di pratiche di 'pulizia', che come detto, non hanno un obiettivo igienico, ma servono a ridurre l'impurità che si trasferisce sui familiari; le limitazioni e i divieti che impone il lutto sono altrettante precauzioni necessarie a passare oltre la condizione di morti fra i vivi che caratterizza chi rimane⁴⁶.

Mary Douglas, confrontando contesti etnografici diversi, sostiene che sacro e impuro sono concetti correlati, che descrivono ciò che contamina e produce disordine e minaccia per la struttura sociale. Sacri e impuri sono oggetti o situazioni diversi culturalmente, ma tutti rappresentano un rischio dall'interno o dall'esterno di una struttura sociale⁴⁷.

Per governare la minaccia, universalmente si ricorre ai riti. Fondati per governare con il linguaggio non verbale l'esperienza individuale e del gruppo, i riti si strutturano in azioni, figure e simboli che sono scelti in modo dettagliato e secondo un rispetto puntuale del tempo, dei ruoli e della tradizione.

Nei riti la società si riflette nei corpi e li coglie intuitivamente come lo spazio di intersezione fra individuo, gruppi ristretti di appartenenza e società. Nei riti il corpo è fondamentale: è condizione della loro efficacia, riprende Douglas, in quanto i significati sono 'incorporati' in ogni partecipante e membro del gruppo. Nel loro svolgersi, replicano e quindi mettono in gioco i fondamenti ideali e reali della società, dimostrando come i sistemi ideali e gli immaginari individuali si consolidano nella danza, nel canto, in ciò che usa i corpi.

⁴⁴ Non così la magia dello stregone, che vuole invece acquisire un potere disgregando la comunità (Douglas 1993).

⁴⁵ La distinzione fra la magia della stregoneria, che produce poteri malefici volontari, e quella dello sciamano, che opera a vantaggio della comunità, è ricompresa dentro una casistica ampia sulle origini del potere spirituale, che a volte deriva da capi reali che emanano poteri inconsci e involontari, da poteri informali e positivi come il baraka, la fortuna che arriva inaspettato. Cfr. Douglas 1993.

⁴⁶ Interessante il richiamo di Hertz alla somiglianza fra lutto e quarantena della puerpera: l'evento opposto alla morte, la nascita, viene trattato con l'interdizione, l'isolamento e divieti alimentari ancora sottintesi oggi, pur nella veste scientifica.

⁴⁷ Douglas 1993, pp. 157-184.

In società come la nostra, decisamente frammentata nei saperi e nelle pratiche, e dove è forte il controllo sociale sugli individui, i riti sembrano perdere il proprio ruolo, perché le regole e il controllo sono già profondamente interiorizzate negli individui⁴⁸.

Forse per questo suscita tanta angoscia il mancato riconoscimento dei cadaveri: senza l'identificazione da parte della rete che lo sostiene, il cadavere esprime la condizione potenziale di nuda vita. Difficilmente oggi questa angoscia trova canali 'spontanei' per incanalarsi, o prende forma nel racconto collettivo della morte anche violenta. I familiari sono chiusi in un dolore individuale e da razionalizzare in fretta. Forse, per aiutare a superare l'alone della colpa o della incomprensibile disgrazia delle morti violente sarebbe necessario il coraggio di affrontare apertamente l'angoscia che suscita la morte violenta con strumenti culturali condivisi.

Pur nel riverbero che suscita anche in chi si fa carico della cura, come gli psicologi dell'emergenza, nei nostri contesti le favole, ben presenti nella narrazione popolare e oggi colpevolmente edulcorate, possono essere un elemento che fa riflettere e

⁴⁸ Douglas 1993, pp. 120-121. Diversa è l'azione anche politica con cui i sistemi tradizionali governano quotidianità e disagio attraverso i riti di cura del corpo. Da un lato si tratta di pratiche rituali consolidate nel tempo, scandite da formule precise e dai risultati certi. Dall'altro non sono fissi, non ci sono procedure scritte e sono ammesse variazioni anche minime che permettono di richiamare i problemi della comunità, di riprenderne la storia spesso tragica, di accogliere la creatività di chi celebra o partecipa; possono addirittura mettere in forma ironica figure di rilievo politico. Sono manifestazioni 'politiche', anche rischiose per il sistema sociale; ogni persona partecipa con un ruolo e un proprio posto e tutto risulta coerente con il sistema cosmologico, gli 'universi multipli' animati dalle forze metafisiche quali gli spiriti, i dijinn, i santi ecc. Tutto è richiamato e unitario, diversamente dalle culture europee occidentali, frammentate in settori disciplinari per nulla coesi. Nei riti la sopravvivenza delle comunità tradizionali è chiaramente percepita in stretta connessione con la tradizione, gli universi divini e con i pericoli di disgregazione del sistema tradizionale, che oggi è affetto dalle conseguenze della colonizzazione e del disagio/malattia personale. È quindi naturale che l'intera comunità sia chiamata a contribuire alla propria sopravvivenza e il processo di cura sia collettivo. Dove poi è culturalmente prevista la possessione, come momento di chiara espressione di un corpo che perde la stabilità individuale, essa diventa manifestazione palese del sistema sociale e delle pressioni politiche a cui è stato sottoposto, con reazioni diverse, di timore o di indifferenza. Il corpo rituale del posseduto appare nella sua veste pubblica, politica, con il ruolo di segnale, come strumento di cura, o di semplice denuncia e in quanto tale travalica l'individuo. Cfr. Beneduce 2002.

sono quindi da utilizzare, ma nella loro narrazione originaria⁴⁹, che spesso contiene elementi scabrosi e il racconto di ingiustizie o morti violente, perché anche di questo è piena l'esistenza. Qui, fra le pieghe della sapienza popolare e nella certezza di un lieto fine, si può forse trovare materiale utile a dare forma narrativa ad angosce e profondi disagi.

Per una manipolazione più fisica dell'esperienza, ma che sia realmente efficace, non mi pare vi siano le condizioni nel nostro contesto culturale occidentale, che separa radicalmente l'umano dal non umano e assegna al primo la razionalità e la materialità pura ad un corpo morto.

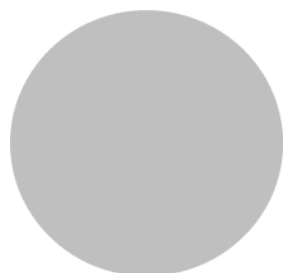
In conclusione, il corpo davanti a cui si fermano familiari e soccorritori, che deve essere classificato, riconosciuto, ricondotto in un orizzonte di senso, in una narrazione condivisa delle cause e dei destini, nella sua inerzia di oggetto fuori dai margini sociali, occupa uno spazio culturale e offre una prospettiva unica dalla quale guardare l'umano nell'universalità dei suoi bisogni e nelle diversissime forme con cui essi sono soddisfatti. La rimozione che caratterizza nelle nostre società il corpo nel suo concreto decadere e cadere giustifica e deve rendere ancor più carica di *pietas* la fatica davanti ad ogni salma che incrociamo nel nostro viaggio.

⁴⁹ Ad esempio, nella versione originale di Cappuccetto Rosso il racconto si conclude con la morte della bambina sbranata dal lupo; Cenerentola termina con l'estrazione degli occhi delle sorellastre da parte degli amici uccellini, e simile è la favola della Bella addormentata nel bosco che, dopo il matrimonio, viene lasciata dal principe nel castello in balia della suocera che vuol far uccidere lei e i suoi figli, ma viene punita dal figlio al rientro dalle battaglie. Le versioni più note al grande pubblico sono quindi ampiamente edulcorate.

Bibliografia

- An Anthropology of Disappearance: politics, intimacies and alternative ways of known* 2023, a cura di Laura Huttenen e Gerhild Perl, New York Oxford: Berghahn Books.
- Arend H (1988). *Vita activa. La condizione umana* [1958], Milano: Bompiani.
- Augè M. (2003). *Poteri di vita, poteri di morte. Introduzione a un'antropologia della repressione* [1977], Milano: R. Cortina Editore.
- Beneduce R. (2002). *Trance e possessione in Africa. Corpi, mimesi, storia*, Torino: Bollati Boringhieri.
- Beneduce R. (2008). Semantiche del terrore, della morte e della speranza nell'Est del Congo (Ituri, Kivu), in *Antropologia*, 9/10, 179-214, <https://doi.org/10.14672/ada2008157%25p>
- Bergamino F., Quaestio disputata de immortalitate animae. Traduzione italiana e commento alla luce delle sue fonti e delle opere edite di Tommaso d'Aquino, in "Acta filosofica. Rivista internazionale di filosofia", 2011 (20), 1, 73-120.
- Bourdieu P. (2003). *Per una teoria della pratica con tre saggi di etnologia cabila*, Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Brigman M., Grotti V., Accueillir les morts. Pratiques d'identification et d'inhumation des corps de migrants en Italie, in "L'Homme", 2019, 231-232, 227-260.
- Csordas T.J. (2003). Incorporazione e fenomenologia culturale [1999], in "Antropologia", 3, 19-42, <https://doi.org/10.14672/ada2003105%25p>
- De Martino E (2016). *La fine del mondo. Contributo all'analisi delle apocalissi culturali* [1977], Torino: Einaudi.
- Descartes R. (2010). *Discorso del metodo*, trad. it M. Barsi - A. Preda, Milano: BUR Rizzoli.
- Di Nola A. (1995). *La nera signora. Antropologia della morte*, Roma: Newton & Compton ed.
- Divino F. (2022). Alcune note sulla concezione di corpo e di malattia nella medicina buddhista, in "Rivista della Società italiana di antropologia medica", 54, 271-298.
- Douglas M. (1979). *I simboli naturali. Esplorazioni in cosmologia*, Torino: Einaudi.
- Douglas M. (1993). *Purezza e pericolo. Un'analisi dei concetti di contaminazione e tabù* [1970], Bologna: Il Mulino.
- Galimberti U. (2005). *Il corpo*, Torino: Feltrinelli.
- Goffman E. (2001). *Asylum. Le istituzioni totali: i meccanismi dell'esclusione e della violenza*, Milano: Edizioni di Comunità.

- Hertz R. (1995). *La preminenza della mano destra e altri saggi*, Torino: Einaudi.
- Legnaro C. (2023). Trapianti, spiriti, possessioni. I fenomeni post-trapiantali alla luce dell'etnopsichiatria e dell'antropologia medica, in *Rivista della Società italiana di antropologia medica*, 56, 87-117.
- Nathan T., Lewertowski C. (2001), *Curare. Il virus e il feticcio*, Bologna: Clueb.
- Nakane C. (1992). *La società giapponese*, Milano: R. Cortina Ed.
- Padmasambhava (2007).
- Graham Coleman e G. Thupten Jinpa, a cura di. *Il libro tibetano dei morti*. Edizione integrale. Milano: Mondadori.
- Pandolfi M. (2003). Le arene politiche del corpo, in *Annuario di antropologia*, 3, 14-154.
- Parra R., Anstett E., Pierre Perich P., Jane E. Buikstra, J. *Unidentified deceased persons: Social life, social death and humanitarian action*, in *Forensic Science and Humanitarian Action: Interacting with the Dead and the Living*, Wiley, 79-99, 2020 <https://shs.hal.science/halshs-02458033/document>.
- Romani F.R. (2008), Per un'etica del corpo nell'Islam. Dal Medioevo alla chirurgia dei trapianti, in *Medicina nei secoli. Arte e scienza*, 20/1 (2008), 269-294.
- Schaper-Hugues N. - M. Lock (1987), The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology, in *Medical anthropology Quarterly*, n.s., 1, 6-41.
- Shipper K. (1983), *Il corpo taoista. Corpo fisico e corpo sociale*, Roma: Ubaldini Editore.
- Sorrentino P. (2018), Corps perdu, corps trouvé. Fragments d'une conversation avec un mort au Vietnam, in *Terrain revue*, 69, 114-127, <https://doi.org/10.4000/terrain.16635>
- Staples J., Widger T., Situating suicide as an anthropological problem: ethnografic approaches to understandig self-harm and self-inflicted death, in *Culture Medicine Psychiatry* 36, 2012, 183-203.



Marzia Marsili*

Il corpo del defunto: implicazioni collegate al vedere la salma per i familiari ('viewing the body')⁵⁰

"Non dimentichiamo però che nel mito di Medusa c'è anche un aspetto "rigenerativo"; secondo Apollodoro, il sangue che sgorgò dalle vene consentì a Esculapio di resuscitare i morti" (Carotenuto, 1997).

Riassunto

L'importanza del corpo nel processo del lutto varia nel corso del tempo. Al vedere o meno il corpo del defunto (*viewing*) viene assegnato in letteratura un ruolo importante nell'accettare la realtà della morte. Qual è il ruolo dei soccorritori, degli operatori, di chi interviene? Esistono delle *best practices* per accompagnare i familiari al cospetto della salma? La letteratura non recente sottolinea l'importanza di una scelta consapevole, di dare la possibilità di vedere il corpo, anche in momenti diversi e sottolinea la responsabilità etica di consigliare o sconsigliare il *viewing*, ne suggerisce infine le modalità. L'assenza *del corpo e dei corpi, il corpo mancante* (corpi dispersi nelle fosse comuni o in mare, in montagna, le tragedie tra guerre e migrazioni) aumenta i rischi di "lutto bloccato", di "perdita ambigua". Cosa comporta per chi interviene in contesti emergenziali, di morte improvvisa, soprattutto con un numero elevato di corpi, integri o mutilati, che l'incidente sia stato causato da mano umana oppure da catastrofe naturale? Quali possono essere le modalità di accompagnamento al riconoscimento della salma nelle diverse situazioni? Come è possibile prendersi cura dei soccorritori, di sé. Spunti di riflessione e considerazioni in margine al *viewing*.

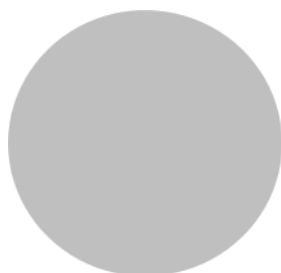
Parole chiave: lutto, vedere il corpo (*viewing*), corpi morti, psicologi dell'emergenza

⁵⁰ L'articolo nasce come seguito della formazione da Psicologi per i Popoli - Trentino ODV, della Protezione Civile, Scuola Antincendio, organizzata presso l'Ordine degli Psicologi di Trento, in data 25 novembre 2023. Si ringraziano Catia Civettini e Giovanna Endrizzi per avermi coinvolta nella formazione, Psicologi per i Popoli - Trentino ODV, la Scuola Antincendio, l'Ordine degli Psicologi, e tutte le persone che hanno partecipato alla formazione. Uscendo dall'immersione su questi temi, vorrei ringraziare: Catia Civettini, sempre disponibile con i suggerimenti puntuali e arricchenti, Luigi Ranzato per le preziose conversazioni e suggestioni bibliografiche, il gruppo di lettura di Trento per i testi della narrativa anglosassone, tutto il gruppo di lavoro *On the roof* di Verona per le discussioni tra il 2023-24, (il confronto con Mauro Verteramo nelle riflessioni sul trauma tra passato e presente, Elena Delaini per le sollecitazioni e il costante confronto sul tema del vivere e del morire, nel dialogo tra psicologia analitica, cultura occidentale e buddhismo).

Abstract

The attitude towards the corpse during the grieving process changes over time. Whether or not to view the body of the deceased is often associated with the acceptance of the reality of loss. What role do emergency responders, including healthcare workers, play in emergency interventions and are there best practices for guiding family members to view the body? Non recent studies emphasize the importance of an informed and conscious choice, offering the option to view the body, even at different times. These studies also highlight the ethical responsibility of advising or discouraging the viewing and suggest alternative ways when the body is severely damaged or bruised. The absence of the body and bodies – such as in cases of missing bodies found in mass graves, in the sea, in the mountains, or as result of wars and migration – can increase the risks of “unresolved grief” and “ambiguous loss”. What are the implications for those responding to emergency situations of sudden death, especially in scenarios involving mass fatalities, with a large number of bodies – whole or mutilated – whether injuries were accidental, caused by natural disasters, or the result of intentional violence? This paper discusses how to support family members in the identification process, as well as how to assist emergency responders and healthcare workers in navigating these potentially traumatic circumstances.

Keywords: grief-bereavement, viewing the body, corpses, emergency psychologists



Introduzione

Todo cambia... anche in questo anno di studio e ricerca per stilare il presente articolo, come spesso avviene, la storia corre più di noi. Alla tragedia delle vittime in mare e delle guerre non 'visibili' perché non riportate dai media, al cronicizzarsi dello scenario bellico in Ucraina si sono aggiunti i gravi fatti dell'ottobre 2023 e la devastazione drammatica, con un numero impressionante di vittime civili di ogni età, nella striscia di Gaza, con un clima e una cultura di guerra che prende sempre più piede, davanti ad un'angoscia dilagante che lascia attoniti, che non ascolta urla e preghiere perché si cerchino possibilità diverse di dirimere i conflitti (gennaio 2025). "Lo que cambió ayer/tendrá que cambiar mañana/así como cambio yo/en esta tierra lejana" (Julio Numhauser, 1983)

Nel contesto di una società in continua trasformazione intervenire in situazioni emergenziali solleva numerosi interrogativi sulla morte e sul lutto, sulla nostra posizione di fronte a questo passaggio, sulle risposte che individui, gruppi e comunità provano a dare; su come l'intervento in emergenza permette di essere presenti quando la morte irrompe improvvisa e sostenere i familiari delle vittime, anche nel momento del saluto al corpo del defunto. L'articolo propone una ricognizione tra alcune delle definizioni di lutto presenti in letteratura, dai modelli psicoanalitici (lutto patologico, complicato, bloccato, integrato, ecc.), alle fasi studiate fin dagli anni '60 da Kübler-Ross, Parkes e Bowlby; dalle reazioni e strategie di coping ai meccanismi difensivi più frequenti; ai dibattiti che si sono susseguiti sulle diagnosi, che si confrontano sul 'continuum' tra normalità e patologia, ma sollevano anche allarmi sul rischio di patologizzazione dell'umano sentire, dove tutto diventa trauma e il vocabolario deve arricchirsi di nuovi concetti: affrontare situazioni di morte improvvisa, accidentale, può aumentare il rischio di complicazioni del lutto, soprattutto se avvenuta per mano umana: come interventi che offrono una presenza qualificata possono garantire misure protettive e tutrici della resilienza, al di là di misure protocollari e nel rispetto della specificità delle persone coinvolte?

Un breve *excursus storico* ripercorre come l'importanza del corpo abbia assunto valenze diverse nel processo del lutto. Non può che essere una carrellata velocissima, si rinvia agli approfondimenti, almeno fino al XX secolo, agli studi esaustivi di Ariès (1978, 2009) e di Vovelle (1986), questo permette di riflettere quanto vedere o meno il corpo (*viewing*) possa aiutare chi resta ad accettare la realtà della morte e come questo possa essere scelto e avvenire, eventualmente con quali accortezze.

Di conseguenza ci si interroga sulle implicazioni dell'assenza *del corpo e dei corpi* (tra presenza e assenza), *del corpo mancante*, i corpi dispersi nelle fosse comuni o in mare o montagna: l'assenza del corpo e il "lutto bloccato", nelle tragedie tra guerre e migrazioni. Cosa comporta trovarsi in contesti emergenziali con un numero maggiore di corpi, integri o mutilati, che l'incidente sia causato da mano umana o da catastrofe naturale? La grande variabilità delle situazioni in cui si interviene: *le diverse tipologie di intervento, la dimensione spazio-temporale*.

Spunti di riflessione e considerazioni in margine al *viewing*. Esistono delle *best practices*? La letteratura sottolinea la dimensione fondamentale di una scelta consapevole, l'importanza di dare possibilità di vedere il corpo, anche in un secondo momento, di molteplici *viewing* in momenti diversi. La responsabilità etica di consigliare o sconsigliare il *viewing* (motivi per cui si sconsiglia). Il ruolo dei soccorritori, degli operatori, di chi interviene, (l'importanza della gentilezza e del rispetto). Le modalità di accompagnamento al riconoscimento della salma: le diverse situazioni. Il prendersi cura dei soccorritori, di sé.

Vedremo in seguito come il lutto venga definito patologico quando per durata e intensità si discosta dalle norme culturali e religiose della comunità di appartenenza e compromette il funzionamento anche sociale dell'individuo. La gamma di reazioni possibili varia dall'assenza assoluta di dolore e lutto, all'incapacità protratta di avere normali reazioni di dolore. Tra le diverse manifestazioni del lutto si possono trovare forme di lutto irrisolto, inibito, ritardato (cioè rinviato ad altro momento: la *delayed grief category* per alcuni non è una categoria accettabile, vedi Bonanno e Kaltman, 2001), conflittuale o cronico.

Tra i fattori che contribuiscono a un lutto irrisolto possono esserci eventi improvvisi (*sudden death*) e il tipo di relazione con la persona morta, l'intensità della relazione o la conflittualità irrisolta.

Nei casi di morte improvvisa la letteratura tende a sottolineare l'aumento del rischio che il processo del lutto si complichino, allontanando la possibilità di avere un lutto 'integrato' senza sviluppare una sofferenza non gestibile; da più parti viene comunque sottolineata l'importanza di non patologizzare la sofferenza 'normale' in quelle situazioni abnormi che la vita può presentare (Bonanno e Kaltman, 2001; Cacciatore e Frances, Correspondence, *The Lancet*, Luglio 2022; Horowitz e Wakefield, 2015).

Il lutto nelle situazioni di grande sofferenza, quali possono essere quelle di morte accidentale, improvvisa, inaspettata di una persona cara, può necessitare di un sostegno nel momento di passaggio, un 'ausiliario dell'Io', quale ad esempio un aiuto psicologico in emergenza, che metta in comunicazione l'individuo, i familiari, la comunità tutta. Quello che Cyrulnik (2005) definisce "tutore della resilienza". Soprattutto laddove la cesura che un decesso comporta rischia di compromettere la narrazione, dove il dicibile diventa l'indicibile, è necessario permettere di superare un'esperienza potenzialmente traumatica, e aiutare a procedere nel processo del lutto ('lutto integrato').

Come è possibile affrontare e camminare in questi percorsi in qualità di soccorritori e di psicologi dell'emergenza? Come si possono aiutare i familiari e le persone più vicine alla persona morta ad affrontare questi eventi, almeno per quanto concerne un intervento di emergenza? E quali possono essere le protezioni (i *paraferalia*) di cui munirsi, le attenzioni da avere per sé e per accompagnare gli altri? Una presenza professionale partecipe ed empatica, qualora accettata, sembra essere un fattore di protezione importante.

Gli studi sul vedere il corpo del defunto (*viewing*) sono ancora controversi; uscendo da una concezione polarizzata e binaria, sembrano sottolineare l'importanza per i familiari e chi resta di avere la possibilità di esserci al cospetto del defunto, di vedere il corpo quando possibile, di avere del tempo e uno spazio consono per l'ultimo commiato, sia per confermare la realtà della morte, davanti a possibili momenti di incredulità e negazione, sia per comprendere e conoscere i dettagli di quanto è successo, la realtà concreta di quanto accaduto, se la persona cara ha sofferto o meno, quanto è stato fatto per cercare di salvarla, rianimarla, ecc. (Merlevede et al., 2004; Chapple e Ziebland, 2010; Harrington e Sprowl, 2011). E nei casi di corpi molto compromessi, o di corpi smembrati, oppure nei casi di morte accaduta da lungo tempo per annegamento, con processi di saponificazione⁵¹, come muoversi, quali le riflessioni da tenere presenti che risultino d'aiuto per i familiari? Diversi studi sottolineano come sia essenziale comunicare in modo graduale quale è lo stato delle cose, dando la possibilità di una scelta consapevole rispetto al procedere a vedere o meno il corpo, soprattutto trovando modalità alternative e maggiormente protettive, che permettano comunque un ultimo saluto garantendo il rispetto, la dignità e la messa in sicurezza di chi partecipa a quel momento (Chapple e Ziebland, 2010; Harrington e Sprowl, 2011; Mowl et al., 2016, ecc.; vedi in Appendice 3, Giovanna Endrizzi).

⁵¹ Vedi Allegato 1: La concretezza della morte

La letteratura delinea quelli che sembrano essere i migliori *modus operandi* (*best practices*), che possano aiutare nel valutare se e come mostrare il corpo e ribadisce l'importanza di garantire ai familiari la possibilità di scegliere e decidere, ma anche la responsabilità etica che si assume chi tra i professionisti indirizza la scelta (Harrington e Sprowl, 2011, p. 79).

Un'altra riflessione ricorrente è anche come garantire uno spazio adeguato e rispettoso da mettere a disposizione, quali i possibili interventi di sostegno da predisporre, affinché venga garantita l'esperienza di un tempo e uno spazio consono al saluto, al prendersi cura della salma, al commiatarsi. Perché l'azione di chi opera e interviene possa essere di aiuto a passare il guado, un ponte, un passaggio che aiuti il procedere soprattutto di chi resta, in modo non determinato solo dal contenere costi e spese sanitarie e, ad esempio, che la medicalizzazione o l'assenza della stessa possa essere una scelta.

Gli aspetti metodologici

La ricerca scientifica sul lutto presenta dei vincoli metodologici molto importanti, occupandosi di sofferenza e di persone nel momento di grande cordoglio e altamente vulnerabili (Parkes C.M., 1980, 1995). Come sottolineano Pietrantonì e Prati (2009) la ricerca in psicologia dell'emergenza solleva questioni che non riguardano solo gli obiettivi e i disegni di ricerca, con relativi vantaggi e limiti delle metodologie possibili, modalità di campionamenti, ecc., ma anche questioni etiche, di tutela delle persone in situazioni di grande vulnerabilità che devono essere informate adeguatamente sui rischi e i benefici della ricerca ed esprimere un consenso esplicito (si veda Pietrantonì e Prati, 2009, pp. 173ss.). Gli stessi metodi di campionamento variano dalla metodologia di ricerca di tipo qualitativo e quantitativo. Come ricordano Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona (2020) nella ricerca dedicata agli interventi di tanato-cosmesi per il processo del lutto, la ricerca qualitativa (analisi tematica) secondo una prospettiva narrativa è la più indicata perché permette un'analisi *in depth* di argomenti etici, per meglio comprendere aspetti culturali che entrano in gioco nei valori personali riguardo a temi psicologicamente così impegnativi (nello studio citato interviste della durata di circa un'ora ciascuna, audio-registrate e trascritte *verbatim*, analisi della ricorrenza dei temi, per ricostruire l'esperienza personale con l'utilizzo di un software scientifico). Nel loro studio qualitativo Chapple e Ziebland (2010), ad esempio,

considerano un campione estremamente eterogeneo per etnia, provenienza sociale, grado di parentela dei familiari, età (compresa tra i 22 e 84 aa.), con esperienze di lutto a seguito di diversi tipi di morte per suicidio o altra morte traumatica, a distanza di tempo o con lutto più recente. Per quanto riguarda il modo di reclutare il campione delle persone hanno proceduto a intervistare, per lo più presso le loro abitazioni, persone contattate secondo diverse modalità: gruppi di supporto per persone che avevano perso il partner, l'invio del medico, tramite ufficiale di polizia, un articolo di giornale, la radio locale, il medico legale, una conferenza dedicata alla ricerca sul suicidio, il cappellano... e attraverso il passa parola.

Lo studio in questione segnalava una divisione per campione, per tipologia di intervista, durata ed eventuale sospensione (in qualunque momento la sofferenza diventava eccessiva e impediva di proseguire); il metodo prevedeva un'intervista della durata di 2-6 ore (modulo di consenso, e possibilità di fermarsi in ogni momento), inizialmente con un racconto aperto dell'esperienza, a cui faceva seguito un'intervista semi-strutturata per indagare aspetti che non erano stati considerati; l'intervista veniva registrata, trascritta, controllata e fatta controllare ai partecipanti qualora avessero voluto modificare alcuni aspetti; con analisi dei dati, codificazione e analisi delle tematiche, con approccio interpretativo qualitativo (*Qualitative data indexing*) nel "framework concettuale dell'interazionismo simbolico" di Blumer (1969), secondo cui il significato che le persone attribuiscono alle 'cose' (oggetti, persone, istituzioni, ecc.) modifica il loro atteggiamento verso le 'cose' stesse; il significato dipende dall'interazione sociale con i propri simili (prodotto sociale); questi significati vengono gestiti e modificati secondo un processo interpretativo utilizzato dalla persona nel trattare con le 'cose' stesse (Chapple e Ziebland, 2010).

Gli autori ricordavano anche i *limiti* di uno studio di tipo qualitativo con un campione non rappresentativo di persone, soprattutto in un ambito di ricerca in cui la narrazione può variare nel tempo, nel tentativo di dare significato alle esperienze faticose vissute; non dati numericamente rappresentativi, ma indicativi del diverso tipo di risposte, anche di quelle meno comuni o ricorrenti; sottolineavano comunque come un campione per quanto eterogeneo fosse non del tutto rappresentativo (Chapple e Ziebland, 2010). Un'ulteriore difficoltà riguarda il fatto che si tratta di *popolazione vulnerabile*, come ricordano Harrington e Sprowl (2011); nel loro studio dedicato a come i familiari vivano e percepiscano l'esperienza di vedere il corpo del defunto a seguito di morte improvvisa (*sudden death*) riportavano,

ad esempio, i criteri di *reclutamento del campione* (le persone, “disponibili a discutere le esperienze del vedere o i sentimenti del non vedere il corpo” contattavano direttamente i ricercatori, evitando di arrecare ulteriore sofferenza; Harrington e Sprowl, 2011, pp. 68-70, citano le linee guida di Parkes del 1995 riguardo al condurre ricerche etiche sul lutto). Tra le criticità segnalate dagli autori anche quelle collegate all'età (inferiore ai 65 anni per il rischio che partecipanti più anziani possano avere posizioni diverse rispetto alla morte); al tipo di morte (morte improvvisa e inaspettata, senza condizioni mediche note in precedenza, per evitare forme di ‘lutto anticipatorio’).

Lo studio in questione riporta interviste *in-depth* a 14 persone, a distanza di tempo dall'evento variabile (da pochi mesi ai 14 anni), interviste semi-strutturate, audio-registrate, arricchite da osservazioni sul campo, con analisi dei dati e codificazione indipendente da parte dei ricercatori (Harrington e Sprowl, 2011, p. 71). Gli autori sottolineano come numerose siano le *variabili* da tenere in considerazione, dal *tipo di relazione con il defunto* (coniuge, ex marito, fidanzato/a, genitore), al *tipo di morte* (cause mediche, suicidio, omicidio, morte sospetta, incidenti automobilistici), al *tipo di esperienza del vedere il corpo* (il vedere è stato negato, oppure: sulla scena del decesso – trovano loro il corpo –, in ospedale, presso la camera mortuaria, obitorio, camera ardente; la scelta di tenere la bara aperta, tempo da trascorrere con il defunto). Inoltre altrettanto importanti le *diverse tipologie di condizioni del corpo* (molto danneggiato, impedita la possibilità di vedere subito il corpo, preparativi della salma; la costruzione della guida all'intervista fatta dalle esperienze dei ricercatori con familiari nel reparto emergenziale e dalla letteratura (flessibilità). (Harrington e Sprowl, 2011, p. 71).

Ogni ricercatore aveva proceduto all'analisi dei dati in modo indipendente, utilizzando metodi di codificazione aperta (*open coding*) mediate dalla letteratura, comparato le tematiche emergenti, identificato i codici iniziali, raggruppati poi in tre aree tematiche principali (elementi specifici del vedere il corpo, risposte intrapersonali, interazioni con i professionisti) (Harrington e Sprowl, 2011, p. 71). Invece gli autori della ricerca svedese che analizzano la risposta dei genitori di persone morte per suicidio (Omerov, Steineck, et alii, 2014) ritengono che non si possano generalizzare i risultati a tutte le popolazioni nonostante l'ipotesi che le manifestazioni principali del dolore per il lutto siano universali e non specifiche della cultura di appartenenza; gli autori illustrano dunque i dettagli della ricerca così che i risultati possano essere verificati da altri studiosi in contesti diversi, magari con studi longitudinali, includendo i test psicometrici utilizzati e i tipi di domande: “It is likely that the

fundamental manifestations of grief are universal but still, generalisation to other populations may be compromised by culture-specific issues” (Omerov, Steineck, et alii, 2014, p. 8).

Inoltre una delle questioni affrontate dallo studio svedese riguarda l'ipotesi del *bias di memoria* rispetto a come le persone possano difendersi nel ricordare le circostanze del vedere o meno il corpo, pur concludendo che i meccanismi di difesa non sembrano influire in modo importante sulle risposte date dalle persone intervistate (*“Thus some of the answers may be affected by recall-induced problems such as issues concerning whether the parents perceived that the viewing of their child took place under dignified circumstances. However, most of our outcomes concern how the parents feel today or how they have felt during the last month or the last two weeks and thus are not influenced by memory-bias. Some answers might have been affected by defence mechanisms, e.g. a too painful memory could be suppressed or replaced by a less painful one. During the in-depth-interviews and the validation interviews, however, we did not find that the parents had difficulties in answering questions regarding sensitive issues such as where they saw the body of their dead child. We therefore consider the recall-induced problems to have a minor if any effect on the effect measures presented in this paper”*, Omerov, Steineck, et alii, 2014, p. 8).

Lutto Modelli, passaggi e fasi

Nell'esperienza del lutto distinguiamo terminologicamente 'l'evento perdita' di una persona per decesso (*bereavement*), le conseguenti risonanze soggettive in comportamenti e sentimenti (*grief*), e infine le componenti socioculturali legate all'esperienza utili a modularne caratteristiche ed esiti (aspetti rituali, ecc. in inglese *mourning*) (Lombardo et al., p. 107).

La morte di una persona comporta la necessità per chi resta di affrontare il dolore per la perdita e la separazione, una rielaborazione di quanto il defunto rappresentava. Il lutto viene definito come un processo di elaborazione psichica che permette di integrare la persona cara con tutto ciò che ha rappresentato, attraversare diversi passaggi che sono stati teorizzati da più parti come fasi o stati, che spesso si presentano con un momento iniziale di shock, confusione, negazione, fino all'accettazione e alla possibilità per chi resta di riprendere il percorso di vita, integrando quanto era il portato della persona, che secondo alcuni autori può permettere un distacco e nuovi futuri reinvestimenti (Freud, 1915).

L'identificazione con la persona deceduta (*oggetto esterno significativo*) necessita di un processo di elaborazione psichica, che permetta di separarsi senza perdere se stessi, elaborazione che per Sigmund Freud implicava un "lavoro del lutto": il lavoro che porta da *uno stadio di diniego* in cui il soggetto rifiuta l'idea che la perdita abbia avuto luogo, attraverso *uno stadio di accettazione* in cui la perdita viene ammessa, e *uno stadio di distacco* dall'oggetto perduto (*disinvestimento, decthexis*) con la possibilità di *reinvestimento* su altri oggetti della libido ad esso legata.

Il lavoro del lutto richiede un certo tempo per il ritiro degli investimenti libidici. Se *il lutto* prevede un distacco doloroso, graduale e sano dalla rappresentazione dell'oggetto perduto e nuovi investimenti (processo del lutto, e *catexis* come investimento affettivo), *la melanconia* per Freud si collega a un lutto 'patologico', con una destabilizzazione della libido, o per conflitti irrisolti che hanno comportato un'identificazione narcisistica con l'oggetto perduto, o per la fissazione in una relazione ambivalente (odio e amore), o a causa del rifiuto. La libido nel caso di perdita dell'oggetto viene introiettata (non solo ritirata verso l'Io in una temporanea regressione narcisistica per poi essere reinvestita) e agisce contro l'io comportando un'insuperabile perdita di sé (Freud, 1915, 1957).

Oltre a Freud, vedremo in seguito come nella letteratura sul lutto vi siano altri modelli elaborati che identificano diversi stadi, fasi o passaggi, della elaborazione del lutto. Molti concordano sul fatto che in una prima fase vi possa essere un meccanismo antico di difesa dell'Io, la negazione, come rifiuto dell'idea che ci sia stata quella perdita; in un secondo momento la realtà della perdita viene ammessa, e infine un ultimo passaggio con la possibilità di distaccarsi dalla persona deceduta reinvestendo su altri 'oggetti' esterni. Reinvestire su altri oggetti richiede un tempo necessario, scandito da rituali, consuetudini, cerimonie e pratiche molto differenti a seconda delle società di appartenenza, di culture o sottoculture e contesti geografici.

Diversi modelli del lutto hanno studiato i momenti che sembravano ripetersi nel processo che segue la morte di una persona cara, suddividendoli in passaggi o fasi non considerati rigidamente per sequenzialità o durata. Ricorrente nel primo momento dopo la morte di una persona cara è l'impossibilità di chi resta di *accettare la realtà*: un momento in cui il soggetto si difende con il diniego, la *negazione*.

Come accennato sopra, Freud in *Lutto e melanconia* (1915) nomina i passaggi che si attraversano per abbandonare il sovrainvestimento sull'oggetto perduto fatto di ricordi, aspettative... quali un primo momento di diniego (negazione della perdita con

tentativi di ritrovare la persona cara difendendosi dalla assunzione di consapevolezza), un momento successivo in cui emerge la rabbia e il senso di colpa come difese meno arcaiche della negazione, l'accettazione e infine il distacco, con graduale disinvestimento della energia psichica dalla persona perduta (ritiro libidico) che permette la riparazione dalla perdita subita, con l'identificazione idealizzata con la persona deceduta (introiezione), e nell'ultima tappa del percorso la possibilità di disinvestire l'energia dall'oggetto d'amore perduto e renderla disponibile per nuovi progetti e investimenti su altri oggetti esterni (Freud, 1915). Sigmund Freud (1915, 1957) e il suo collaboratore psichiatra e psicoanalista tedesco Karl Abraham (1927) sono i primi a distinguere dunque tra lutto normale e lutto patologico.

Cercando di inserire la più recente categoria diagnostica del Disturbo da lutto prolungato (*Prolonged Grief Disorder*, PGD) nel solco tracciato da Freud alcuni autori (Prigerson, Kakarala, Gang, & Maciejewski, 2021) ricordano come lo psichiatra tedesco Erich Lindeman (1944) aveva descritto i sintomi del lutto, sia normale che patologico, in un modo analogo: ondate di sofferenza acuta a livello fisico e mentale da cui le persone si difenderebbero evitando di parlare della morte o del defunto, assimilabili, secondo gli autori, alle fitte di dolore (*'pangs of grief'*) descritte da Parkes (1980, p. 53ss.) per una fase successiva del lutto (Prigerson e al., 2021, p. 113).

I sintomi descritti da Lindman come appartenenti alle *normali reazioni di lutto* sarebbero costrizione in gola, mancanza di respiro e sensazione di soffocamento, lamenti, sensazione di vuoto nello stomaco, mancanza di forza muscolare, forte tensione mentale, disorientamento, distacco emotivo, senso di irrealtà, sensi di colpa per quanto il soggetto non ha potuto fare per evitare la morte, mancanza di calore emotivo verso gli altri, irritabilità e rabbia (*ibidem*); *l'intensità e il prolungarsi nel tempo* di questi fattori trasformerebbero secondo Lindman il lutto da 'normale' a patologico (Prigerson e al., 2021, p. 114). ("Preoccupation with the image of the deceased, guilt relating to the deceased or circumstances of death, hostile reaction, inability to function as before the loss") (Worden, 2008, p. 18).

Già nel 1980, ricorda Worden, si evidenziava come esistesse un *continuum* tra le reazioni considerate normali nel lutto e quelle invece considerate patologiche per intensità e durata: "Today we find that there is more of a continuous relationship between normal and abnormal grief reactions, between the complicated and uncomplicated, and that pathology is more related to the intensity of a reaction or the duration of a reaction than to the simple presence or absence of a specific symptom or behavior (Horowitz et al., 1980)" (Worden, 2008, p. 19).

Gli autori sottolineano come i sintomi descritti da Freud a proposito della melanconia, quali profondo sconforto, perdita di interesse per il mondo esterno, perdita della capacità di amare, inibizione di ogni attività, autorimproveri, perdita di significato della vita senza la persona, fino ad allucinazioni di riunirsi con il defunto, siano parzialmente assimilabili a quelli del DSM-5-TR per il *Prolonged Grief Disorder* (Prigerson et al., 2021). Se Freud parla di malinconia e depressione, il DSM-5-TR, ricordano gli autori, introduce invece la diagnosi differenziale con la depressione, per la perdita di significato dell'esistenza legata alla mancanza della persona che se n'è andata: "[...] its core symptoms (e.g., yearning, emotional detachment, avoidance of reminders of the reality of the death)" (Prigerson et al., 2021, p. 113).

Kübler Ross (1969)

Tra gli studi dedicati ai diversi momenti del lutto interessanti sono le osservazioni della psichiatra Elisabeth Kübler Ross (1969), che dedicò buona parte della sua vita all'accompagnamento al morire nei pazienti terminali, e alle loro relazioni con chi restava in vita. Le diverse fasi individuate da Kübler Ross sono state ampiamente citate ed estese dalla letteratura sul lutto all'intero processo del lutto. La psichiatra descriveva cinque fasi non necessariamente lineari né sempre presenti che si potevano osservare nei pazienti dal momento della comunicazione di prognosi infausta (negazione-dissociazione-isolamento, rabbia, negoziazione o bilancio, depressione e infine accettazione), ognuna caratterizzata da sentimenti, manifestazioni ed espressioni diverse del dolore.

Nella *prima fase* identificata dalla Kübler Ross per sopravvivere al dolore prevale la negazione; questa fase sarebbe caratterizzata dalla tendenza della persona ad isolarsi e a considerare l'evento come irreali, quasi un incubo da cui ci si può risvegliare per tornare alla situazione precedente la notizia.

Nella *seconda fase* subentra la reazione di rabbia che permette di ricollegarsi alla realtà di quanto si sta vivendo, l'attribuzione di responsabilità e colpe, il sentirsi in colpa con risentimento verso se stessi, la propria vita, il destino crudele.

La *terza fase*, quella della negoziazione, permette un bilancio tra quanto sarebbe stato possibile fare nella fase antecedente il decesso e quanto invece si è fatto ("se solo avessi compiuto un'azione/se solo non l'avessi fatto"...), con la speranza di ritornare a prima dell'evento. Quando l'evento e la sua drammaticità si impongono è la fase della depressione; diventano preponderanti una forte tristezza, il senso di perdita, la sensazione di vuoto, una sorta di ritiro.

L'ultima fase del processo richiede infine l'accettazione: la vita per chi resta può riprendere il suo corso, la perdita della persona cara viene integrata, la componente affettiva viene mantenuta intatta, con le emozioni e i valori di cui era portatrice (Kübler Ross, 1969).

Parkes e Bowlby (teoria biologica o interpersonale)

Se nella prospettiva psicoanalitica l'interesse era prevalentemente rivolta al mondo intrapsichico della persona, in questa prospettiva basata sulla 'teoria dell'attaccamento' più importanti diventano gli aspetti dell'adattamento all'ambiente esterno, all'istinto di autoconservazione (approccio etologico) della persona a lutto, privata del legame di attaccamento con il deceduto (Lombardo et al., 2014, p. 107).

Già Bowlby e Parkes avevano studiato il processo di separazione e lutto come un susseguirsi di diversi stadi. Nel 1961 lo psichiatra inglese John Bowlby faceva riferimento agli stadi che si attraversavano quando moriva una persona cara (1961, Prigerson et al., 2021); lo stesso Parkes (1980) proponeva quattro fasi (shock e intorpidimento soprattutto nei momenti subito successivi alla perdita che porta i sopravvissuti a ignorare l'evento accaduto; desiderio e ricerca della persona deceduta con negazione del fatto che la perdita sia permanente, disorganizzazione e disperazione, e infine riorganizzazione).

Gli studi di Bowlby sull'attaccamento erano stati fortemente influenzati da Darwin (1859) e Harlow (1958). Ogni essere umano, sia esso bambino che adulto, ricorda Bowlby, tende a creare forti legami affettivi con gli altri (attaccamento) per un bisogno di sicurezza e per la propria sopravvivenza; l'angoscia per una separazione involontaria è dunque una reazione sana sia nel bambino che nell'adulto (Bowlby, *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, 1979, 1982, p. 144): si manifesta con una protesta di rabbia ("come parte integrante della reazione di dolore", Bowlby, 1979, p. 55), con tentativi di cercare e ritrovare la persona perduta, e nella fase della disperazione e della disorganizzazione il rimprovero per essere stati abbandonati (Bowlby, 1979, p. 53); infine con la ristrutturazione di sé nell'accettazione dell'irrimediabilità della perdita: la richiesta rabbiosa del ritorno della persona è "una parte delle reazioni a una perdita, specialmente se improvvisa, anche dell'adulto, oltre che del bambino" (Bowlby, 1979, p. 55).

Riprendendo gli studi di Darwin, Bowlby sottolinea come l'angoscia, la protesta, la disperazione, la disorganizzazione, il distacco e la riorganizzazione sarebbero reazioni comuni riscontrabili nelle diverse specie, con antiche radici biologico evolutive, collegate alla necessità della sopravvivenza (reazioni

automatiche innate), mentre impulsi dissociati e repressi influenzerebbero le sensazioni e il comportamento in modo distorto e anomalo (Bowlby, 1979, p. 57). Per Bowlby, processi difensivi che portano a un distacco e rendono inconscio lo strugimento e le accuse per l'abbandono vi possono essere anche nel 'lutto normale'. Quando non si riesce a ritrovare la persona perduta "i comportamenti si estinguono", il bambino può restare fissato sulla madre persa, "gli impulsi a recuperarla e ad accusarla e gli ambivalenti sentimenti ad essa collegati vengono repressi" (Bowlby, 1979, pp. 59-60, *fissazione/repressione*), oppure dissociati (*Dissociazione dell'Io*, Freud, 1938): "[...] parte della personalità nascosta ma conscia nega che la persona sia veramente persa e afferma al contrario che c'è una comunicazione [...] o che [...] tornerà presto; contemporaneamente intanto, un'altra parte della personalità condivide con amici e parenti la certezza che la persona in causa sia irrimediabilmente persa", e le due parti incompatibili possono coesistere per anni"; la repressione e la dissociazione dell'io possono condurre a disturbi psichici (Bowlby, 1979).

Studiando la separazione e la perdita all'interno della famiglia, Bowlby riporta gli studi di Lindeman (1944), Morris (1958) e Parkes (1969, 1971); il dolore e il lutto in età adulta vengono suddivisi in *quattro fasi*:

La *prima fase* è quella di stordimento e torpore che può durare da poche ore a una settimana, "può essere interrotta da attacchi di angoscia e/o collera di estrema intensità": gli esempi addotti sono quello di una vedova che resta impietrita alla notizia della morte della persona cara, e dichiara di "non aver provato assolutamente niente", "stupita di trovarsi a piangere", e di "evitare le sensazioni coscientemente per paura di esserne travolta", di impazzire, le sembrava di "camminare sull'orlo di un precipizio"; altre persone non erano capaci di realizzare quanto veniva loro detto, avvertivano una "calma prima della tempesta", "interrotta a volte dal sopravvento di intense emozioni, generalmente di terrore, ma spesso anche collera" e in qualche caso di esaltazione (Bowlby, 1982, pp. 87-88; 1983, pp. 107ss). "Nella metà delle vedove londinesi – ricorda Parkes – il lutto vero e proprio venne seguito da una sensazione di 'stordimento' o 'ottusità'. Non sopravveniva necessariamente subito, ma, di solito, entro qualche minuto; e durava da qualche ora a qualche giorno", con 'esplosioni' di dolore estremo, oppure la sensazione di essere bloccate (Parkes C.M., 1980, p. 80 ss.).

“Il rifiuto completo di credere era raro; ma alcune vedove tentarono di convincersi che c’era stato un errore; e solo quando videro il corpo esanime del marito furono costrette a crederlo morto”, altre vengono convinte dalla celebrazione del funerale, dove la cremazione era vista come più definitiva della sepoltura, che lasciava spazio a fantasie che il marito fosse ancora vivo nella bara (Parkes C.M., 1980, p. 80-81). Questa fase può non manifestare emozioni, ma accompagnarsi a sintomi fisici; in qualche caso la sensazione di irrealtà normalmente transitoria si prolunga per tutto il primo anno del lutto (*ibidem*).

Una *seconda fase* è la fase dello struggimento e della ricerca; una fase che può durare mesi e spesso anni: da alcuni giorni a una o due settimane dopo la perdita la persona inizia saltuariamente a realizzare la realtà della perdita, con accessi di profondo turbamento e pianto, agitazione e preoccupazione al pensiero della persona perduta, assieme alla sensazione della sua presenza, una “marcata tendenza a interpretare segni e rumori come indizi del ritorno della persona” (sulle *false recognition* interessante l’articolo di White, Fessler, & Gomez, 2016), fino a scambiare persone incontrate per la strada, sentire la chiave nella serratura, i passi, ecc. Questi vengono definiti come aspetti normali del dolore “e quindi in nessun modo patologici”: si avverte l’impulso a ricercare la persona scomparsa, alternando consapevolezza e negazione della sua morte, si visitano i cimiteri come anche i luoghi vissuti assieme; talvolta questo impulso viene soffocato perché visto come assurdo e irrazionale (Bowlby, 1982, p. 88).

La ricerca della persona persa può avvenire con aspetti di “atti motori o movimenti incessanti” (Bowlby, 1982, p. 89, citando Parkes, 1980), ma anche con componenti percettive e ideative: muoversi nell’ambiente ed esplorarlo alla ricerca della persona, pensarla intensamente, sviluppare un set percettivo cioè “la disposizione a percepire, a fare attenzione ad ogni stimolo che allude alla presenza della persona scomparsa, e ad ignorare invece gli altri stimoli”, a dirigere l’attenzione verso ambienti dove la persona si potrebbe trovare, a reclamare la persona scomparsa.

Bowlby ricorda le osservazioni di Darwin (1872), per cui le espressioni facciali del dolore nell’adulto sono il risultato dell’impulso a urlare come un bambino abbandonato e allo stesso tempo dell’inibizione di tale grido, con manifestazioni quindi di pianto e collera; l’urlo per attirare l’attenzione della madre nel bambino si vede anche nell’adulto in angoscia (Bowlby, 1982, p. 89).

La collera verso gli altri ritenuti responsabili o negligenti, e verso la persona deceduta, oppure verso se stessi con auto-accuse per avere o non avere compiuto determinati gesti, rispetto alla malattia o al decesso, è molto frequente nei primi giorni, spesso negata perché ritenuta inopportuna, talvolta anche con manifestazioni violente, “ma non così violente e implacabili come nei soggetti in cui il lutto dura tanto da finire per essere diagnosticato come sindrome depressiva” (Bowlby, 1982, p. 90). Per Bowlby questa seconda fase del lutto, cioè la ricerca della persona deceduta, è collegata al comportamento di attaccamento (comportamento istintivo che richiama la vicinanza della figura materna per trovare la protezione da possibili predatori); sarebbe una manifestazione sana, quindi non regressiva, o infantile nell'adulto, e nemmeno causata dalla dipendenza; queste manifestazioni possono portare ad attacchi di panico nei primi mesi dopo la perdita quando si realizza la realtà della perdita (Bowlby, 1982, pp. 91-92).

A proposito degli studi sulle vedove che in larga maggioranza presentavano sintomi anche molto tempo dopo la morte del coniuge, Bowlby ricordava come esse lamentassero insonnia e altri disturbi minori, cattiva salute e disturbi emotivi e osservava: “Crediamo che i clinici nutrano a volte aspettative poco realistiche sulla velocità con cui ognuno dovrebbe superare una grave perdita” (Bowlby, 1982, p. 92). Le vedove intervistate da Parkes avevano lo stesso sentire anche un anno dopo la perdita, la sensazione di avere il marito vicino, più intenso nelle donne più giovani, meno dopo i 65 anni “come se i legami avessero già iniziato ad allentarsi”. (Bowlby, 1982, p. 93).

Le due fasi successive per Bowlby sono quelle della disorganizzazione e disperazione, e infine la fase in cui si riesce a raggiungere un maggiore o minore grado di “riorganizzazione, quando la persona a lutto riesce a sopportare il tormento emotivo connesso, a tollerare la sofferenza acuta, la ricerca più o meno conscia, l'analisi apparentemente senza fine del come e del perché della perdita stessa, la collera contro chiunque sembra esserne responsabile (che... non risparmia neppure il defunto) chi ha subito una perdita può arrivare a poco a poco ad ammettere e ad accettare che tale perdita è davvero definitiva, e che la propria vita deve veramente subire una ristrutturazione” (Bowlby, 1983, p. 117ss.).

Bowlby cita *Totem e tabù* (1912, 1913) dove Freud definiva come compito del lutto “assolvere una funzione psichica nettamente definita: staccare dai morti i ricordi e le speranze dei superstiti” (Bowlby, 1982, p. 92).

Bowlby però aggiunge un'osservazione piuttosto scettica al riguardo riportando lo scritto successivo di Freud, se pur nel contesto particolare delle condoglianze a Binswanger: "Se valutati in base a questo criterio, dovremmo ammettere che la maggior parte dei lutti non ha successo. Freud stesso era consapevole di ciò. Così, in una lettera di condoglianze a Binswanger (1961) scrisse: "Benché sappiamo che dopo una tale perdita cesserà lo stato acuto del lutto, sappiamo anche che resteremo inconsolabili e che non potremo trovare un sostituto (...). Ed è ciò che deve accadere. È il solo modo per perpetuare quell'amore a cui non vogliamo rinunciare." (Bowlby, 1982, p. 93).

In un gioco di citazioni lo scrittore Pirandello, citato da Fornari, citato da Carotenuto a proposito della morte della madre, scriveva: "[...] io posso continuare a far vivere mia madre dentro di me anche se lei non c'è più. Ma proprio questo mi fa pensare che la morte di mia madre significa che lei non potrà più pensare a me nella sua mente. Così io non incontrerò più nella vita una persona che mi possa guardare con gli occhi con cui mi guardava mia madre. Sono morto dunque io dentro mia madre" (Fornari, 1985, citato in Carotenuto, 1997, p. 17). E continua Carotenuto: "La differenza fra lutto normale e lutto patologico (...) consiste proprio nella possibilità, nel primo caso, di conservare la presenza in noi del morto, trasformandone l'assenza" (Carotenuto, 1997, p. 17. E sullo sguardo vuoto e gli occhi della Morte si vedano pp. 35ss.).

Per Bowlby il lutto diventa patologico quando non viene superato il desiderio persistente di recuperare l'oggetto perduto, la rabbia costante verso se stessi e gli altri, o ci si dedica ad una cura compulsiva di un'altra persona in lutto con cui ci si identifica, e con la negazione della realtà della perdita (Bowlby, 1963; Prigerson et al., 2021). Secondo Bowlby non è quindi l'ambiguità della relazione con la persona deceduta, quanto l'odio verso se stessi, con la mancanza di reintegrazione dell'oggetto perduto, che porta al lutto patologico (Prigerson et al., 2021, p. 114, Bowlby, 1963). Ricorda Bowlby come le varianti leggere dal lutto sano si possono confondere facilmente con il normale decorso del lutto, mentre "le versioni più estreme sarebbero insolitamente intense e prolungate", con rancore, autorimproveri, depressione, angoscia, agorafobia, alcolismo, ipocondria (*lutto cronico o distorto*); oppure con una seconda variante in cui si vede "un'assenza più o meno prolungata di lutto cosciente", con invece possibile somatizzazione del dolore (Bowlby, 1983, pp. 170ss.). La perdita sarebbe ancora ritenuta reversibile e il lutto non completato, quasi vi fosse "un'estensione patologicamente prolungata della fase di stordimento, mentre le varie forme di

lutto cronico possono essere considerate come versioni estese e distorte della fase dello struggimento e della disperazione” (*lutto assente, differito, inibito, rimosso, assenza prolungata di lutto conscio come lo definisce Helene Deutsch, 1937*); poi una terza variante più rara caratterizzata dall’euforia, talvolta simile ad un episodio maniacale (Bowlby, 1983, p. 171): “Fintantoché non crede che la sua perdita sia irreparabile, la persona in lutto può ancora sperare e sentirsi spinta ad agire; ciò induce tutta l’angoscia e il dolore di uno sforzo frustrato. L’alternativa di ritenere permanente la perdita, certamente più realistica, è tuttavia in un primo tempo troppo penosa, e forse troppo spaventosa, per poter essere contemplata a lungo. Può quindi essere una sorta di bene che l’essere umano sia costituito in modo che facciano parte della sua natura processi mentali e modalità di comportamento che gli concedono un po’ di respiro” (Bowlby, 1983, pp. 171-72).

A proposito delle modalità difensive messe in atto dalle persone Bowlby osserva: “Tradizionalmente i processi mentali e comportamentali che mitigano la sofferenza del lutto vengono considerati difese, e indicate con termini come rimozione, scissione, negazione, dissociazione, proiezione, spostamento, identificazione e formazione reattiva” però Bowlby preferisce l’altro approccio di “esclusione difensiva di un’informazione sgradita”, per evitare “implicazione teoretiche accreditate da qualsiasi termine tradizionale” (Bowlby, 1983, p. 172; durante i primi mesi del lutto riporta anche una comune ideazione suicidaria “come mezzo di ritrovarsi con la persona defunta” che, sottolinea, raramente vengono messe in atto (Bowlby, 1983, p. 173).

Anche il modello del lutto (transizione psicosociale) a quattro fasi dello psichiatra britannico Parkes (1988) prevede: una *prima fase* di *shock o numbness*, che permette di sopravvivere al dolore;

una *seconda fase* è contraddistinta dalla ricerca e dal desiderio di ritrovare la persona deceduta, dalla negazione della realtà che può essere caratterizzata dalla soppressione delle emozioni, dalla ricerca del defunto, da tristezza, rabbia, ansia e confusione, dal desiderio che la persona ritorni per riempire la sensazione di vuoto;

una *terza fase* sarebbe quella di disorganizzazione e disperazione, quando si inizia a riconoscere e accettare la realtà della perdita, con sentimenti di apatia, rabbia e disperazione.

Infine seguirebbe la *fase di riorganizzazione*, con il recupero dello stato precedente all’evento: le emozioni di tristezza, rabbia e disperazione si fanno meno intense, mentre aumentano le memorie positive della persona cara, l’accettazione, e una nuova progettualità (Parkes, 1980, pp. 94ss.).

Task Model di Worden

Tra i modelli che suddividono il passaggio del lutto in compiti e azioni, interessante risulta il modello di J. William Worden che accetta le teorie di Bowlby (accettazione della perdita, elaborazione del dolore, riadattamento, reinvestimento dell'energia emotiva), ma preferisce suddividere il 'lavoro del lutto' secondo dei compiti di base, delle sfide da affrontare da parte di coloro che restano, per adattarsi alla situazione venutasi a creare dopo la morte della persona cara (Worden, 2008).

Il primo compito nel modello di Worden implica *l'accettazione della realtà della perdita*, accettare l'impossibilità di ritrovarsi in questa vita senza il defunto, costellata dai tentativi di cercare il deceduto, dalla negazione degli eventi che hanno portato alla morte della persona cara (*'mummification'* mantenere ferma la realtà e gli oggetti del defunto in attesa del ritorno), dal dimenticare in modo selettivo, proteggersi dalla realtà della morte talvolta anche negando il significato della perdita ("He wasn't a good father", oppure accelerando la rimozione di ogni oggetto appartenuto alla persona che non c'è più, Worden, 2008, p. 40). La speranza di riunirsi con il defunto si accompagna con la negazione dell'irreversibilità della morte, in una sorta di sapere e non sapere allo stesso tempo della perdita (*'middle knowledge'*, conoscenza di mezzo) (Worden, 2008, pp. 39ss.).

Il secondo compito che chi resta deve affrontare è *l'elaborazione della sofferenza* per la perdita: s'inizia ad attraversare e sentire il dolore senza ignorarlo, senza anestetizzarlo, senza idealizzare il defunto, senza evitare che i ricordi della persona cara portino con sé il rischio del ritorno del dolore inibito, anche con uso di sostanze (Worden, 2008, pp. 44ss.).

Un compito successivo per Worden è *riadattarsi all'esistenza senza il defunto* come compito interiore, lavorando sull'impatto che la perdita comporta sulla sensazione di perdita di sé, ma anche all'esterno, cioè come la perdita incide sul funzionamento nella realtà esterna, quotidiana, nel mondo; inoltre vi sarebbe tra questi compiti un adattamento spirituale (l'influenza della perdita sui propri valori, sulle proprie credenze riguardo al mondo).

Questo compito per Worden prevede che i sopravvissuti possano ritornare a vivere una vita piena, mantenendo però una connessione duratura (*enduring connection*) e un posto appropriato per il defunto nella propria vita emotiva senza doversi distaccare e reinvestire l'energia su un altro oggetto secondo la riflessione freudiana (discussioni sul legame continuativo, *continuing bonds*, Worden, 2008, pp. 3ss.).

Trovare dunque il modo di ricordare il defunto “*while embarking on the rest of one’s journey through life*”: “We now know that people do not decahct from the dead but find ways to develop *cointinuing bonds* with the deceased” (Worden, 2008, p. 50, cita Klass, Silverman, & Nickman, 1996). Ricordare i propri cari mantenendo il proprio cammino nell’esistenza.

I mediatori del processo del lutto (Worden, 2008, pp. 59 ss.). Le persone rispondono al lutto secondo modalità molto diverse a seconda della *vicinanza* con la persona defunta, del tipo di attaccamento con il defunto (sicurezza dell’*attaccamento*, esistenza di *sentimenti importanti o conflittuali*, *ambivalenze*, livello di *dipendenza e autonomia*). Tra queste variabili vediamo sicuramente la modalità del decesso (secondo l’acronimo NASH: *natural, accidental, suicidal, homicidal*, Worden, 2008, p. 59): *morti improvvise e inaspettate, circostanze di morti traumatiche, possono avere un impatto molto più devastante, così come la presenza di perdite multiple o l’essere lontani al momento della morte*; come sono stati vissuti e risolti, o meno, eventuali lutti precedenti. *Variabili personali* sembrano indicare che preesistenti disturbi d’ansia, situazioni traumatiche o disadattamento, stili di attaccamento insicuro possono influire negativamente, così come *variabili sociali*, ad esempio avere o meno una rete di supporto familiare o sociale (Worden, 2008, p. 73); infine possono incidere *situazioni di perdita e di stress concomitanti*, l’uso di sostanze, le difficoltà economiche, ecc. (Worden, 2008, pp. 59 ss.).

Secondo una teoria più esistenzialista Francesco Campione (*Il deserto e la speranza. Psicologia e psicoterapia del lutto*) riflette sull’influenza del concetto di ‘crisi della presenza’ di Ernesto De Martino e lo propone per il lutto di una persona cara che mette in crisi il senso della vita, non solo in termini biologici e soggettivi: “Il percorso del lutto deve quindi permettere di recuperare il senso perduto, di far ‘passare nel valore’ la morte della persona cara e di darle un senso, accettando di ‘poter dimenticare’ i propri morti, rinunciando a farli rivivere nel nostro presente e accettando di farli morire in noi culturalmente, collocandoli nel passato” (Lombardo et al., 2014, p. 108), superando così la crisi e aprendo alla possibilità di nuovi ‘cambiamenti affettivi e cognitivi’.

Infine riprende la suddivisione in fasi anche Horowitz nei suoi studi sulle risposte allo stress secondo cui il lutto rappresenta uno degli eventi di maggior impatto per l’individuo con conseguenze a livello psichico e somatico: “Il processo di elaborazione del lutto consiste dunque nell’attraversare gradualmente una serie di fasi di ‘adattamento alla perdita’ (intensa protesta, rifiuto, elaborazione e completamento)” (Lombardo et al., 2014, p. 108).

Critica alla teoria delle fasi

I diversi detrattori della teoria di stadi e fasi (Bonanno e Boerners, 2007; Stroebe 2017, ecc., riportati da Prigerson et al., 2021) hanno sottolineato soprattutto il fatto che il lutto non avviene secondo passaggi lineari, che dunque gli stadi non sono rigidi, non tutti gli individui attraversano queste fasi e in alcuni casi possono essere sovvertite, sovrapposte, o ripercorse più volte prima di raggiungere la fase finale di riorganizzazione.

Come riportato in Prigerson et al. (2021), nel 2007 gli studiosi avevano dimostrato sia l'evidenza empirica degli studi di Kübler Ross, ma anche come l'accettazione della perdita (secondo l'indicatore positivo del lutto, *positive grief indicator*) aumentasse in modo *inversamente proporzionale* agli indicatori negativi del lutto quali incredulità, rabbia e depressione, e concludevano che la prima risposta ad una morte di una persona significativa era incredulità e shock, mentre la rassegnazione, integrazione se non un'accettazione vera e propria, saranno possibili per chi non vive reazioni al dolore disadattive (*"And despite claims of nonlinearity, it is difficult to dispute that the first response to death of a significant other is shock and disbelief and that resignation and reintegration, if not actual acceptance, are the eventual result for those who do not experience maladaptive grief reactions"*, Prigerson et al., 2021, pp. 115-16).

Un altro limite importante è quello di non considerare "il contesto della persona, famiglia o comunità, all'interno del quale avviene il lutto. I fattori personali, infatti, interagendo con quelli contestuali non permettono di seguire uno schema sufficientemente generalizzabile (...) parlare di fasi significa trascurare gli aspetti socioculturali che, invece, rivestono una grande importanza nelle reazioni di lutto" (Pietrantoni e Prati, 2009, p. 111). Inoltre i contesti diversi o eventuali effetti cumulativi possono avere esiti diversi; così come modelli a fasi troppo rigidi possono stigmatizzare le persone che non rientrano nel modello, o proporre diagnosi errate (*ibidem*).

Se pure non è da intendersi come vincolante l'articolazione in fasi, spesso il momento in cui si inserisce l'intervento dei soccorritori è un *momento di negazione*.

Quando confusione e negazione sono forti, come è possibile e consigliato intervenire per gli psicologi dell'emergenza? Come essere presenti ed essere *tutori di resilienza* (Cyrulnik, 2005)? Si proverà a delineare alcune ipotesi nel corso soprattutto della seconda parte di questo articolo.

Reazioni emozioni sentimenti

“Mourners frequently dose themselves as to the amount of pain that they will let themselves experience at any one time” (Worden, 2008, p. 53).

Riassumendo tra le emozioni e reazioni collegate al dolore per la perdita possono esservi risposte di tipo fisiologico e somatico, emotivo, cognitivo. A livello emotivo il lutto può presentare emozioni e stati d'animo come rabbia, paura, disperazione, tristezza, spesso il senso di colpa e un senso di inutilità.

Tra le reazioni fisiologiche e somatiche vi possono essere ricadute sull'appetito e sul sonno, palpitazioni, senso di fatica e perdita di energia, problemi fisici, anche simili a quelli del defunto; importanti disturbi fisici e malattie (cardiovascolari) sono frequenti subito dopo la perdita del partner (reazioni endocrine e immunologiche), soprattutto là dove la perdita sia inaspettata e improvvisa.

Al lutto possono accompagnarsi reazioni ansiose, rabbia ostilità, senso di isolamento, ottundimento e *shock*, sensi di colpa, autorimproveri, sentimenti depressivi, profonde tristezze, disperazione, finanche paura, orrore, terrore.

Il desiderio di ritrovare la persona deceduta. La perdita dell'altro come perdita di una parte di sé importante che nell'altro si riconosceva, i ricordi, i momenti condivisi, memorie, esperienze vissute assieme. Rivivere immaginativo del defunto, sentirlo sempre accanto. Talvolta anche nella dimensione onirica (ritornano come aiuto e sostegno, saluto o benvenuto; o degli aspetti irrisolti come spiriti e creature non del tutto morte, che pretendono qualcosa e spaventano i viventi in alcune culture, vissuti serenamente, come presenze naturali, come spiriti antenati che accompagnano i passaggi, in altre (Allende, I., 1982, 1997; Nathan, 1996; Testoni, 2021).

Le reazioni cognitive inoltre possono andare dall'incredulità, a confusione, senso di irrealtà, negazione, sentire il defunto presente, pensieri di morte e suicidari, difficoltà di memoria e concentrazione, perdita di identità, identificazione con il deceduto, pensieri sul defunto e ruminazione intrusiva, fino a momenti allucinatori); le reazioni comportamentali come non riuscire a dormire e a mangiare, comportamento disorganizzato, difficoltà nelle azioni quotidiane, ritiro sociale, sogni della persona defunta, evitamenti di luoghi e oggetti che ricordano il defunto, cercare e chiamare la persona cara, sospiri, iperattività, pianto, visitare luoghi, portare o conservare oggetti che ricordano il defunto, (Worden, 2008; Pietrantoni e Prati, 2009).

Tra le *risposte intrapersonali* riportate in alcuni studi è stato sottolineato il sentirsi insensibili, distaccati, increduli, sopraffatti, confusi; sensazione di panico, stato di shock, pianto, grida, risate, senso di colpa, rabbia, orrore, rimpianti; tra le *risposte specifiche all'aver visto il corpo*: voler vedere e stare con la persona amata, sentirsi sollevati e calmi quando è stato possibile vedere il corpo o inizialmente provare il desiderio di scappare; chi non ha visto il corpo più volte descrive una sensazione di vuoto: "There is just empty pain (...) just pain, painless pain" (da Harrington e Sprowl, 2011, p. 72), reazioni modificate anche dal significato attribuito all'esperienza di vedere il corpo anche come *possibilità di raccontare i lati positivi del defunto*, il suo impatto sulla loro vita, per *convalidare il proprio ruolo* ad esempio come genitori (Harrington & Sprowl, 2011, p. 72).

Le reazioni nei casi di suicidio portano con sé reazioni specifiche. Nei casi di suicidio di una persona cara, chi resta si trova a gestire non solo sentimenti di perdita, ma anche paura, vergogna, rabbia, sensi di colpa (Worden, 2008, p. 179); si solleva un turbinio di interrogativi sul ruolo avuto nell'evento e sul cercare spiegazioni: "[...] *there is general agreement that the three main themes found in suicide bereavement are generally not found in other kinds of death losses: Why did they do it? Why didn't I prevent it? How could he or she do this to me?*" (Worden, 2008, p. 180, cita Jordan, 2001).

Lo stigma sociale contribuisce a determinare vissuti, emozioni e sentimenti nei sopravvissuti di una persona che si è suicidata: prevale il sentimento di vergogna, non solo all'esterno del nucleo familiare, ma talvolta arriva a modificare le relazioni all'interno dello stesso nucleo familiare (Worden, 2008, p. 180); il senso di colpa può accompagnarsi alla sensazione di dover essere puniti per quanto accaduto, con atteggiamenti auto punitivi, fino all'uso di droghe e atti violenti, comportamenti autodistruttivi oppure modi di relazionarsi con la società quasi si cercasse una punizione (ad esempio, nei comportamenti messi in atto dai più giovani) ("*Children who turn to delinquency or who become involved in excessive use of drugs or alcohol are often examples of this self-punishing behavior*", Worden, 2008, p. 181).

Il senso di colpa si può tradurre anche nel cercare un colpevole, proiettando eventuali responsabilità della morte su altre persone, per dare un significato ad un evento altrimenti ingestibile e riprendere così il controllo della situazione: "*Guilt can sometimes be manifested as blame. Some people handle their own sense of culpability by projecting their guilt onto others and blaming them for the death. Finding someone to blame can be an attempt to affirm control and to find a sense of meaning in a difficult-to-understand situation*" (Worden, 2008, p. 181).

Si possono trovare anche reazioni di rabbia ('perché mi ha fatto questo'), bassa autostima e timore anche dei propri impulsi autodistruttivi, un senso di fatalità verso il proprio futuro. In una direzione talvolta più costruttiva (se accompagnata e riflessuta) c'è l'attivarsi nei gruppi di volontariato per la prevenzione del suicidio (Worden, 2008, pp. 182-83). Reazioni di imbarazzo possono verificarsi sia per come si sono gestiti gli ultimi momenti, se presenti al momento del decesso, sia per azioni compiute dai familiari o dagli operatori, nei momenti della rianimazione (Merlevede et al., 2004, nel disporre la salma nel posto sbagliato del letto matrimoniale, oppure entrare nella stanza del figlio), piuttosto che nei preparativi della salma.

'Lutto integrato'

Alcuni autori riconoscono due fasi del lutto "normale" nell'evoluzione clinica dello stesso: quella di "lutto acuto" (*acute grief*), subito dopo l'evento caratterizzata "da un'intensa esperienza di sofferenza accompagnata da comportamenti ed emozioni considerati inusuali dallo stesso soggetto in lutto, quali: profonda tristezza accompagnata da crisi di pianto, disforia, intensa preoccupazione associata al ricordo della persona deceduta, disturbi neurovegetativi, difficoltà di concentrazione, disinteresse nei confronti dei rapporti sociali e delle normali attività quotidiane"; quella di un momento successivo "detta 'lutto integrato' o 'costante' (*integrated o abiding grief*) è caratterizzata dal fatto che la persona deceduta viene ricordata con maggiore facilità nonostante la tristezza legata all'assenza" (Lombardo et al., 2014, p. 106, citano Shear K. e Shair H., 2005).

Dalla prima fase (acuta) a quella del lutto integrato si passa normalmente nei primi mesi successivi alla morte della persona in modo graduale; la persona in lutto riprende la sua vita, le normali attività, le sue relazioni, integrando e introiettando la persona deceduta nella propria memoria. In questo processo fisiologico di risoluzione del lutto si possono avere episodi di riacutizzazione della sintomatologia durante eventi significativi: ricorrenze, festività, anniversari, compleanni, altri lutti, o periodi stressanti (*ibidem*).

Il modo in cui le persone esprimono il dolore per la perdita di una persona può variare molto per l'intensità del dolore, per la durata temporale, per il modo di esprimerlo o non esprimerlo... questo porta a interrogarsi su cosa si intenda per lutto 'normale' e se e quanto bisogna invece considerare 'anormale' o addirittura patologico. Molteplici definizioni si sono succedute nel dibattito scientifico, con innumerevoli discussioni: lutto normale, integrato, acuto, cronico, complicato, inibito *delayed* o con reazioni posticipate, ecc. (Bonanno e Kaltman, 2001).

Parkes nel 1965 distingueva tra lutto normale o comune e quello invece riscontrato nelle persone ricoverate in clinica psichiatrica a seguito della morte di una persona cara che presentavano una forma di '*chronic grief*', ripreso in seguito anche da Bowlby (Bonanno e Kaltman, 2001, p. 707). Secondo Worden (1982) le reazioni anormali potevano essere croniche, cioè prolungate nel tempo ('excessive in duration', 'never comes to a satisfactory conclusion'), mentre l'*exaggerated grief* vedeva reazioni esagerate per intensità (Worden, 1982; Bonanno e Kaltman, 2001).

Nella grande maggioranza dei casi la persona in lutto procede dal primo momento di lutto acuto ad un '*lutto integrato*', cioè un'elaborazione positiva del lutto, con accettazione della perdita, ripresa del funzionamento sociale e lavorativo, della progettualità senza il defunto, 'integrando' dunque i sentimenti dolorosi e positivi: 'Durante l'evoluzione del lutto acuto in lutto integrato, un processo che solitamente si verifica in modo frammentario, le capacità di regolazione affettiva sono ristabilite, l'intensità e la persistenza dei sentimenti di desiderio, nostalgia, tristezza e solitudine si riducono (e diventano, in genere, limitati nel tempo, verificandosi in momenti specifici come gli anniversari) e le capacità di gioire e provare piacere ricompaiono. Inoltre, la finalità della morte è processata e riconosciuta. Infine, gli interessi nei confronti delle attività e delle persone sono restaurati, con la revisione degli obiettivi e progetti di vita senza il defunto' (Carmassi, et al., 2023).

In una minoranza di persone, soprattutto in alcune situazioni che possono presentare dei conflitti non elaborati l'immagine introiettata della persona non riesce a diventare positiva da negativa; di conseguenza il percorso di elaborazione del lutto si può arrestare e quella perdita sembra assorbire ogni possibilità di riprendere il cammino nell'esistenza bloccando la persona in sensi di colpa o emozioni di rabbia, senza che riesca a investire in nuovi progetti per il futuro, nuovi attaccamenti.

Diversi termini si rincorrono nel tempo: lutto bloccato, melanconia (come stato morboso del lutto, Freud), lutto patologico, traumatico, complicato, prolungato... (quasi fantasmi dall'esistenza 'reale' o psichica, che risucchiano energie che possono essere determinate dal tipo di relazione con la persona deceduta, dalla vicinanza, dalla conflittualità irrisolta, ecc.).

Forme di lutto normali e non patologiche riguarderebbero circa l'85% delle persone a lutto (Bonanno e Kaltman, 2001); vedremo in seguito come sudi più recenti rispetto all'ultima categoria diagnostica (Prolonged Grief Disorder, PGD) sembrerebbero stimare tra il 5 al 9% possibili sviluppi patologici (pur

denunciando una scarsità di studi epidemiologici sull'argomento e ricordando che 'la variabilità fra i differenti gruppi di criteri diagnostici rendono difficile fornire dei tassi di prevalenza consistenti e comparabili per il PGD' (Camussi et al., 2024).

Bonanno e Kaltman (2001) ricordavano l'importanza di rilevare anche come esperienze positive del lutto (pensieri, credenze, valutazioni positive, ad esempio concentrarsi sul lutto come possibilità di crescita, piuttosto che sulla paura del futuro, ma anche emozioni positive e risate) davano esiti migliori a distanza di 12 mesi dall'evento; non fossero quindi da valutare con sospetto come talvolta accadeva, né come indicatori di evitamento o negazione dell'esperienza del lutto: "[...] recent studies have demonstrated quite clearly that positive cognitive and emotional experiences associated with bereavement are far from infrequent, and that such experiences tend to be associated with a relatively mild or normal grief course" (Bonanno e Kaltman, 2001, p. 723). Nel sostenere la convinzione della mancanza di supporto scientifico per la categoria di lutto ritardato come clinicamente rilevante, gli autori criticavano il fatto che molti degli studi tendessero a determinare ciò che la sofferenza e l'espressione del lutto dovesse essere, per quanto tempo si dovesse manifestare, e come non sempre ci dovesse essere un lavoro del lutto: "[...] there is no evidence to support traditional assumptions that it is necessary to express the pain of loss, that it is necessary to work through the thoughts and memories associated with the loss, or that it is necessary even to relinquish attachments to the deceased" (Bonanno e Kaltman, 2001, p. 709).

'I morti hanno paura dei vivi. Ma i vivi, che non lo sanno, temono i morti' (Canetti, 2017, p. 29).

Lutto variabile, variabili del lutto

Le circostanze della morte incidono sui vissuti del lutto, il tipo di relazioni e dinamiche, eventuali conflitti con il defunto al momento della sua morte; ancora di più situazioni di morte violenta, come i casi di omicidio, femminicidio, e il suicidio che porta con sé vissuti di distruttività come elementi destabilizzanti che minano le sicurezze di base e feriscono il narcisismo sano delle persone legate al defunto; tutti i casi in cui le salme sono fortemente compromesse (incidenti stradali, incidenti in montagna, altri contesti emergenziali...); le morti violente degli incidenti sul lavoro; la possibilità di essere stati presenti o meno

al momento della morte, di riuscire ad arrivare in tempo per salutare il defunto o riceverne notizia a distanza, talvolta senza potersi accommiatare dalla salma (anche in casi di elevata conflittualità con altri membri della famiglia); il contesto socio culturale dei sopravvissuti (isolamento, povertà emotiva vs reti relazionali valide e disponibili, che talvolta influisce anche sull'esito della possibilità di chiedere aiuto, di accettare il supporto). Gli studi dimostrano che la perdita per morte violenta può essere uno dei fattori che più contribuisce all'insorgere di forme di lutto cronico (Bonanno e Kaltman, 2001). La particolarità di questa morte si trova anche in culture diverse dalla nostra, si veda, ad esempio, il *Libro tibetano del vivere e del morire*, nel commento di Sogyal Rinpoche, 1994, che dedica una sezione all'aiuto dopo la morte, pp. 277ss.).⁵²

Morte improvvisa e/o "traumatica"

Nelle situazioni di morte improvvisa vi possono essere reazioni particolari, con possibili effetti fortemente negativi: nella fase acuta stati di shock, di confusione, senso di incredulità, di negazione con tentativi di ritrovare la persona perduta, evitamento, frustrazione per l'impossibilità di esaudire questo desiderio, ansia di separazione, momenti di disorganizzazione e disperazione; diventa più difficile pensare al futuro e progettare il futuro senza il defunto; possono persistere situazioni di disorientamento, fatica di concentrazione. In un momento successivo la persona a lutto può isolarsi, sperimentare la presenza del defunto, anche con immagini intrusive e incubi.

Come vedremo in seguito, non tutti gli studi sono concordi nel riconoscere l'impatto maggiore di una perdita improvvisa rispetto ad una prevedibile; ad esempio alcuni sostengono che questa possa essere particolarmente "[...] debilitante nei familiari con bassa autostima e locus of control esterno" (Pietrantonio e Prati, 2009, citano Schut e Stroebe, 2007), e come siano da considerare numerosi altri aspetti che vanno da altri fattori di rischio, ai fattori di protezione, alla resilienza.

Difficoltà di adattamento al lutto possono essere collegate alla precocità o meno della perdita, alla percezione dell'evitabilità dell'evento se causato da altre persone (lutto che si protrae per il senso di colpa o la rabbia e il desiderio di giustizia o ritorsione), la presenza di violenza nella morte e le condizioni del

⁵² "Di urgente aiuto hanno bisogno quanti sono morti di morte violenta o improvvisa. Le vittime di omicidi, suicidi, incidenti o guerre possono facilmente restare intrappolati nella loro stessa sofferenza, angoscia e paura, imprigionati nell'esperienza della morte e impossibilitati ad avanzare nel processo della rinascita" (Rinpoche, 1994, p. 279).

corpo (deturpato dall'evento) sembrano avere impatti più importanti di morti improvvise per cause naturali (Pietrantonì e Prati, 2009, p. 113): “La difficoltà nel dare un significato a quanto accaduto risulta, infatti, essere un mediatore fra perdita per morte non naturale e complicazioni nel lutto. L'immagine della propria storia di vita e le convinzioni su come funziona il mondo sono gravemente danneggiate [...]. A livello personale la tragicità e l'orrore degli elementi associati a tale perdita, indipendentemente dalla presenza o meno sulla scena del decesso, tendono a fissarsi in memoria apportando così emozioni di terrore e disperazione nel corso della vita. A un livello sociale, le altre persone della cerchia sociale potrebbero appositamente evitare di richiamare alla mente l'evento terrificante con il familiare o addirittura allontanarsi riducendo il loro appoggio alla famiglia”; oltre alla presenza di attenzione mediatica ed interventi di tipo investigativo e/o giudiziario che interferiscono con la possibilità di affrontare il lutto. Ne sono un esempio situazioni di morte per omicidio o suicidio (o entrambi, come nel caso di alcuni femminicidi) che comportano condizioni di lutto molto particolari per i familiari sopravvissuti, con sentimenti di responsabilizzazione, sensi di colpa e vergogna, stigmatizzazione (*ibidem*).

Tra le manifestazioni possibili vi possono essere diverse emozioni, sentimenti, reazioni comportamentali, dall'espressione di un'estrema sofferenza e angoscia a esperienze di negazione, ma anche dissociative, o nessuna manifestazione che possono creare sconcerto tra gli operatori (per alcuni autori sintomo di lutto successivo patologico, mentre altri criticano la nozione di lutto ritardato (Bonanno e Kaltman, 2001). Nel caso di comunicazione di un decesso improvviso (*bad news*) come riportato da Harrington e Sprowl possono esservi esperienze di *dissociazione*: “[...] in the background I could hear somebody screaming. I didn't realize it was me... I said 'I want to see her'” (Harrington e Sprowl, 2011, p. 66).

Se il lutto per morte improvvisa e/o traumatica espone i familiari e le persone care ad un rischio maggiore di lutto complicato e di sofferenza psicofisica (Harrington e Sprowl, 2011, citano gli studi di Doka, Rando, Stroebe...), è importante ricordare come la cura nel momento della morte possa influenzare in modo importante il processo del lutto: “Further, the care provided at the time of the death can have a significant impact on later grief processes”.

In quei momenti l'essere presente può aiutare il processo successivo del lutto; come esserci, come aiutare? Come essere tutori della resilienza? Vedremo come tutte le persone coinvolte possono giocare un ruolo in questo momento, come anche avere un luogo adeguato per l'ultimo saluto, un tempo dedicato a questo. Per diversi autori la possibilità di vedere il corpo del defunto facilita il processo del lutto (*'healthy grieving'*) e riduce il rischio di complicazioni (Harrington e Sprowl, 2011, p. 66, citano gli studi di Rando).

Come ricorda Wakefield (2023), Montaigne dedica nei *Saggi* (1572) uno scritto interessante dedicato alla tristezza. Dopo aver descritto il dolore e la disperazione muta di Psammenito, come raccontata da Erodoto (V sec. a.C.), Montaigne fa riferimento al mito di Niobe, punita da Diana Artemide per la sua superbia con l'uccisione dei figli e delle figlie (secondo il racconto di Ovidio, libro VI, vv 146-312): "Ecco perché i poeti immaginano che Niobe, quella misera madre, perduti dapprima sette figli e poi altrettante figlie, sopraffatta dalle perdite, sia stata infine trasformata in roccia, *Diriguissse malis* (pietrificata dalle sventure), per esprimere quella cupa, muta e sorda ebetudine che ci tramortisce quando le disgrazie ci opprimono superando le nostre forze. Invero, la violenza di un dispiacere, per essere estrema, deve sbigottire del tutto l'anima, e impedirle la libertà delle sue azioni. Come all'improvviso terrore di una brutta notizia ci accade di sentirci afferrati, tramortiti e come paralizzati in tutti i movimenti. Sicché l'anima, abbandonandosi poi alle lacrime e ai lamenti, sembra allentarsi, sciogliersi, maggiormente distendersi e mettersi a suo agio *Et via vix tandem voci laxata dolore est* (E infine, a gran fatica, il dolore lasciò passare la voce)" (Montaigne, pp. 11-12, cita Virgilio, Eneide, XI, 151).

E chi pietrifica se non la terribile "Medusa, la Gorgone 'anguicrinita' che a detta di Pindaro 'si libera della sua natura di mostro, ritrova per una notte quella di fanciulla bellissima e canta una canzone di una tristezza infinita'" (Savinio, 1984, citato da Carotenuto, 1997, p. 45). "Dotata del terribile potere di pietrificare gli uomini che la guardavano in volto, a partire dal V secolo a.C. viene rappresentata con un'immagine accattivante [...]. Perseo sconfigge colei che pietrifica, insomma sconfigge la morte. Non dimentichiamo però che nel mito di Medusa c'è anche un aspetto 'rigenerativo'; secondo Apollodoro, il sangue che sgorgò dalle vene consentì a Esculapio di resuscitare i morti" (Carotenuto, 1997, p. 46).

Trauma tra miti e realtà

“Chi lotta con i mostri deve guardarsi di non diventare, così facendo, un mostro. E se tu scruterai a lungo in un abisso, anche l'abisso scruterà dentro di te” (Nietzsche, 1886, Capitolo IV, Sentenze e Intermezzi, Aforisma 146). “Le soleil ni la mort ne se peuvent regarder fixement” (“Né il sole né la morte si possono guardare fissi”, La Rochefoucauld, citato da Elias Canetti, 2017, p. 15).

Un'esperienza che supera la possibilità della psiche di proteggersi attraverso i meccanismi di difesa viene considerata un'esperienza traumatica; di fronte a esperienze di angosce primitive, impensabili sorge l'angoscia di disintegrazione (Kohut), con la minaccia di dissoluzione del sé coerente e della personalità umana. La letteratura e l'attenzione sul trauma appare infinita e sempre più divulgata in questo secolo, quasi che dopo momenti di eclissi stia tornando imperante. Le categorie diagnostiche sono state modificate ampliando i criteri diagnostici di inclusione, rischiando di strabordare verso esperienze non collegate a un trauma, con il rischio di diagnosi eccessive (di PTSD, *Post Traumatic Stress Disorder*). La tentazione oggi molto diffusa di definire ogni evento di sofferenza o difficoltà come traumatico rischia di inflazionare e svuotare di fatto quello che veramente è il trauma. I lavori di ricerca molto diversi tra loro (Herman 2005; Kalshed, 2013, 2014 e Mucci, 2014), o il più recente *Miti del trauma* di Paris Joel (2024) offrono piste interessanti per muoversi su questo terreno. Tra difficoltà di definizione, aspetti fantasmatici e importanti aspetti reali ci si muove fin dagli inizi della psicanalisi: aspetti intrapsichici e aspetti relazionali, infantili e interpersonali, e sociali, fino all'indicibile del trauma sociale massivo, “derivante da esperienze di devastazione causate dall'uomo come guerre, genocidi, pulizia etnica, torture politiche, stermini, condivide la matrice umana, per quanto non si tratti dell'azione o della relazione con un singolo individuo ma la responsabilità cada su una società, una collettività organizzata per ‘fare il male’, colpendo il singolo o un appartenente a una comunità, a un gruppo religioso, a quella che si considera una ‘razza’ o un gruppo etnico entro una più ampia cultura.” (Mucci, 2014, p. 62).

Clara Mucci a proposito dei diversi livelli traumatici sottolinea come il trauma perpetrato da mano umana sia di natura più devastante, rispetto, ad esempio, al trauma per evento naturale, perché viene a minare la fiducia di base nell'essere umano; inoltre osserva: “Il significato attribuito al trauma è dunque uno degli elementi che possono incidere sulla gravità dell'incidenza del

trauma sulla psiche del singolo o del gruppo insieme al sostegno che quell'individuo riceve da altri singoli, dalla comunità o dal gruppo a cui appartiene.” (Mucci, 2014, p. 62). Le riflessioni sugli aspetti di trasmissione intergenerazionale sono altresì fondamentali, così come l'importanza che eventi realmente traumatici vengano significati e riconosciuti come tali.

Kalshed (2021) studiando il mondo interiore del trauma, ricorda come la psicoanalisi avesse studiato le difese soprattutto secondo letture di protezione dell'Io, e osserva che se il rischio di dissoluzione avviene nella prima infanzia, quando un Io coerente (con le sue difese) non s'è ancora formato, “entra in gioco una seconda linea di difese per impedire che l'‘impensabile’ diventi esperienza. (...) Nel linguaggio della psicoanalisi sono variamente note come difese ‘primitive’ o ‘dissociative’; per esempio, dissociazione, identificazioni proiettive, idealizzazione o demonizzazione, stati di trance, repentini spostamenti fra vari centri dell'identità, depersonalizzazione, ottundimento psichico, ecc.” (Kalshed, 2021). Queste difese da un lato proteggono da gravi possibilità di patologia clinica, ma una volta instauratesi la possono causare; Kalshed nella nuova prospettiva (riprendendo Jung) sottolinea come immagini ‘demoniche’ e ‘arcano’ di fantasie e sogni collegati al trauma possono arrivare a disturbare la psiche: “difese arcaiche associate al trauma sono personizzate come immagini demoniche archetipiche”, in una sorta di “autoritratto delle proprie operazioni difensive arcaiche” nel tentativo di difendere l'essenza indistruttibile della personalità, il Sé (Kalshed, 2021, p. 31). Un processo autocurativo della psiche preserva la vita psichica della persona attraverso un immaginario mitopoietico che viene a costituire “il mondo interiore del trauma”, dove immagini e sogni “aiutano il processo di guarigione in quanto simbolizzano affetti e frammenti dell'esperienza individuale che erano stati fino ad allora irrapresentabili alla coscienza” (Kalshed, 2021, p. 30).

Protegersi e rimettersi in cammino

“Avoidance of affect may help some deal with the traumatic components of the death, especially in cases of a violent death” (Worden, 2008, p. 162). *“Faccio la prova del dolore. Come il medico punge un arto per verificare se è insensibile, così io pungo la memoria. Prima che moriamo, può darsi che muoia il dolore. Se così fosse, questo sarebbe da raccontare, ma a chi? Qui nessuno, se non quelli che moriranno con me, parla la mia lingua. Faccio la prova del dolore e penso agli addii, ciascuno fu diverso. Alla fine ci riconoscevamo dalla coscienza che si trattava di un addio. Talora alzavamo solo lievemente la mano. Talora ci abbracciavamo. Noi, Enea e io, non ci siamo più toccati.”* (Christa Wolf, *Cassandra*, 1985, p. 22).

“E ora questo mezzo sperimentato non ha già riattivato il mio vecchio male, ormai dimenticato: per cui io, scissa dentro di me, mi osservo, mi vedo seduta su questo maledetto carro greco, sotto il panno, squassata dalla paura [...]. Sarò, per non torcermi di paura, per non urlare come un animale [...]. Sarò ancora dunque, quando ormai la mia testa, il mio collo – sarò per amore della coscienza sino all’attimo estremo scissa dentro di me, prima che la scure mi scinda, sarò –” (ivi, p. 38). Quando ‘Achille la bestia’ uccide Troilo, il fratello di Cassandra, figli di Priamo, Cassandra ricorda i particolari sanguinosi e poi: “Si fece un silenzio di tomba. Fui scrollata via, non provai nulla [...]. Io per molto tempo priva di ogni sentimento”. (Christa Wolf, Cassandra, 1985, p. 22).

“La teoria della difesa psichica poggia sull’ipotesi che esista un limite alla somma di angoscia che un individuo può tollerare, e che, se si raggiunge questo limite, l’individuo si difenderà ritraendosi, psicologicamente, dalla situazione che provoca l’angoscia” (Parkes, 1980, p. 51), il modo in cui un soggetto reagisce dipende dal tipo di fattore scatenante, dalle sue risorse, dalla capacità di tollerare l’angoscia e di conservare la stima di sé (Parkes, 1980, p. 52). Tra i meccanismi di difesa spersonalizzazione (realtà), identificazione con la persona amata (Parkes, 1980, p. 122ss.).

Freud nel 1894 parla di neuro-psicosi di difesa (rimozione, ecc.), che svolgono “una funzione importante nel contribuire a regolare la quantità di informazioni nuove, disorganizzate o sotto altri aspetti invalidanti”, dallo spasimo intenso all’evitamento del dolore, per mantenere un “distanziamento opportuno” (stordimento, difficoltà ad accettare la realtà della perdita, evitare i ricordi) (Parkes, 1980, p. 86). “Ma accettare immediatamente la situazione comporterebbe un mutamento assai forte della sua identità o piuttosto una serie di forti mutamenti e [...] questo richiede tempo. Per procurarsi del tempo, l’individuo deve difendersi contro la completa presa di coscienza della sua perdita”, talvolta allungando dolore e angoscia (Parkes, 1980, p. 86). Di fronte a stimoli intollerabili per la psiche, Freud parlava di “scudo protettivo contro gli stimuli” (Freud, 1920, pp. 214-15).

Anche Bowlby dedica riflessioni all’importanza dei processi difensivi, anche se più che sui meccanismi difensivi tradizionali della concezione psicoanalitica si concentra, secondo un approccio cognitivista, sull’elaborazione e l’esclusione dell’informazione, soprattutto quella che ha provocato sofferenza: “Non è possibile comprendere le reazioni alla perdita, siano esse sane o patologiche, se non invocando costantemente i concetti di

processo difensivo, pensiero difensivo e attività difensiva (le tre categorie, penso, in cui meglio si possano raggruppare le difese)". (Bowlby, 1983 (1980), *Attaccamento e perdita*, III, *La perdita della madre*, pp. 60ss.).

I processi mentali e comportamentali che mitigano la sofferenza del lutto vengono considerati difese dalla letteratura tradizionale, sottolinea Bowlby, e indicate come rimozione, scissione, negazione, dissociazione, proiezione, spostamento, identificazione e formazione reattiva; Bowlby preferisce parlare di "esclusione difensiva di un'informazione sgradita", per evitare "implicazione teoretiche accreditate da qualsiasi termine tradizionale" (Bowlby, 1983, p. 172). Bowlby sottolinea come processi difensivi prolungati nel tempo possano avere conseguenze gravi (Bowlby, 1983, p. 84): "Tra di esse troviamo [...] gran parte dei multiformi fenomeni (se non tutti), che in tempi e luoghi diversi sono stati descritti nella letteratura psicoanalitica come difese", la rimozione come disattivazione di un sistema comportamentale, "reazioni cognitive non collegate alla situazione", "reazioni dirette in modo da evitare la persona che le ha suscitate" (spostamento, scissione), "preoccupazione per le proprie reazioni e per le proprie sofferenze" (introspezione eccessiva, ipocondria), la negazione o disconoscimento (Bowlby, 1983, p. 89).

La convinzione più o meno conscia che la persona ritornerà, convinzione per alcuni meno dolorosa dell'accettazione della perdita può essere così forte da portare ad una sorta di "mummificazione", come descritto da Gorer (1965), a lasciare inalterato il luogo del defunto (Bowlby, 1983, p. 185). Tra le reazioni comuni nei primi mesi del lutto Bowlby sottolinea anche una comune ideazione suicidaria "come mezzo di ritrovarsi con la persona defunta", che raramente viene messa in atto (Bowlby, 1983, p. 173).

Il concetto di *Base sicura* (figura di attaccamento, Bowlby, 1969) lo ritroviamo in diversi autori; viene esteso dalle figure di attaccamento dei bambini al mondo adulto: poter contare ad ogni età sul fatto che al proprio fianco vi sia una persona fidata che verrà in aiuto in caso di gravi difficoltà.

Già Mahler descriveva come dopo la fase dell'onnipotenza del fanciullo nel primo anno di vita, con l'acquisizione della posizione eretta, il bambino sperimentasse un'angoscia di separazione nella perdita di se stesso, che lo porta a cercare il riavvicinamento con la madre, per superare la frustrazione (cercare/rifiutare l'aiuto esterno, oscillazione tra amore e aggressività, paura di perdere la madre e paura di essere inglobato, finché non arriva alla costanza dell'oggetto).

Il concetto di base sicura, dove cercare ‘nutrimento’ e rassicurazione per esplorare il mondo. Quella sorta di rifornimento emotivo (*emotional refueling*) in Mahler, riflette l’attività esplorativa del bambino con attaccamento sicuro in Bowlby: la separazione dalla madre, l’attaccamento, il ritornare, l’esistenza del sé al di là della separazione dall’oggetto che il soggetto sta sperimentando, l’esistenza al di là della persona che se ne va, l’essere separati, da chi muore, trovare il modo di restare in contatto nella separazione (*separateness with contact*), la costanza dell’oggetto e la costanza di sé (Bowlby, *Una base sicura*, 1982b).

Il concetto viene ampliato da Mary Ainsworth (1978) che riconoscerà come l’interiorizzazione della madre come base sicura permetta al bambino di esplorare l’ambiente esterno; attraverso gli studi dell’*Infant observation* con l’osservazione della diade madre bambino (12-18 mesi) alla separazione e al ricongiungimento (con o senza la presenza di una figura estranea). Secondo il protocollo sperimentale della *Strange situation*, Mary Ainsworth studierà le categorie di *attaccamento sicuro e insicuro* e come questi stili di attaccamento condizionano il modo in cui il bambino dopo una separazione permette alla figura di riferimento di lasciarsi consolare e riprende ad esplorare l’ambiente che lo circonda. Ai tre tipi di attaccamento infantile, *sicuro*, *insicuro-evitante*, *insicuro-ambivalente*, Mary Main (1981) aggiungerà un quarto tipo: lo stile di *attaccamento disorganizzato*.

Se uno stile di attaccamento sicuro può garantire maggiori capacità di resilienza (Fonagy, 1994), studi successivi ricordano come pattern diversi di attaccamento possono coesistere e manifestarsi in modo differente a seconda delle diverse figure di attaccamento (padre, madre, extrafamiliari, ecc.), e come legami di attaccamento possano modificarsi durante il corso della vita a seconda di legami anche extrafamiliari; come il funzionamento resiliente, anche gli stili di attaccamento sono dei costrutti dinamici (Anaut, 2015, cita Robbie Gilligan, 1997 e Peter Fonagy, 2001).

Resilienza

Nel suo testo conciso ed esaustivo dedicato al processo della resilienza Marie Anaut, ricorda come nell’attuale approccio bio-psico-sociale in questo processo entrino in gioco dimensioni d’ordine interno ed esterno all’individuo.⁵³

⁵³ Ringrazio Luigi Ranzato per questo testo.

La resilienza va intesa come processo dinamico che implica una riorganizzazione psichica dopo un evento traumatico e permette uno sviluppo armonico nonostante la situazione fortemente avversa (Anaut, 2015, p. 9). La resilienza non è dunque acquisita una volta per tutte, ma modificabile nel corso dell'esistenza secondo dinamiche evolutive e involutive, così come secondo contesti ambientali, sociali e culturali, contesti che esercitano la loro influenza anche sulle stesse persone che si occupano della ricerca (Anaut, 2015, p. 63, cita anche i lavori curati da Boris Cyrulnik, *Psychanalyse et resilience*, 2006). L'autrice ricorda come le ricerche siano passate nel corso dei decenni dall'occuparsi esclusivamente degli aspetti relativi alla vulnerabilità della persona, al considerarne invece anche le risorse e gli aspetti di protezione che permettono ad un individuo di superare avversità e situazioni di precarietà estrema o potenzialmente traumatiche senza risentirne o manifestare sofferenza psichica eccessiva.

Il processo di resilienza comporta sia meccanismi di difesa che riorganizzazione psichica dell'evento potenzialmente 'traumatogeno' (secondo la dizione francese), che minaccia l'organizzazione psichica: come risponde la persona, quali meccanismi di difesa attiva un soggetto resiliente, dove per trauma intende l'essere confrontati con un evento che mette in pericolo di vita il soggetto, un'esperienza estrema di pericolo fisico o psichico (Anaut, 2015, pp. 101ss.).

Il modo di reagire davanti allo stesso evento dipende dal soggetto, dalle modalità con cui l'apparato psichico riesce ad eliminare l'eccesso di eccitazione, dalla capacità del soggetto di affrontare la situazione connessa all'evento, ma anche da elementi di vulnerabilità. Anaut insiste sul fatto che un decorso traumatico a lungo termine anche di fronte a situazioni potenzialmente traumatiche non sia inevitabile; come ricorda entrano in gioco infatti il processo di resilienza e i meccanismi che portano il soggetto a difendersi. Vi sarà trauma solo quando l'evento eccede la capacità di rappresentazione dell'apparato psichico e la capacità di elaborazione difensiva del soggetto.

Il processo psichico della resilienza sembra avere *due fasi*: in un primo momento il soggetto si protegge (resistenza) dal rischio di disorganizzazione psichica, attraverso i meccanismi di difesa di emergenza per evitare l'effrazione psichica (negazione, repressione degli affetti, spostamento, proiezione, agiti, comportamenti passivo aggressivi, immaginazione). Superato il primo momento, la seconda fase permette al soggetto la significazione e la mentalizzazione dell'evento, attraverso l'abbandono delle modalità difensive utilizzate in precedenza, ad esempio la negazione e la proiezione, "*pour privilégier des formes de protection plus*

matures, plus souples et plus adaptées à long term”, modalità difensive più creative e mature, come la creatività, l'umorismo, l'intellettualizzazione, l'altruismo, la sublimazione, la significazione della ferita, fino alla mentalizzazione (Anaut, 2015, p. 108).

Nella prima fase del processo di resilienza si possono talvolta verificare comportamenti inadeguati o anche 'patologici'. Nell'infanzia maltrattata Anaut ricorda i meccanismi difensivi di scissione, o il rifugiarsi in “una bolla psichica protettiva” per sopportare maltrattamenti o carenze estreme (Anaut, 2015, p. 109). Per Marie Anaut (2015) le osservazioni cliniche dimostrano come le persone resilienti sviluppino dei processi che permettono loro di *rielaborare l'esperienza traumatica* in modo positivo sfuggendo alla ripetizione mortifera e alla patologia. Questo avverrebbe, ad esempio, nei bambini secondo due tappe principali: in un primo momento *opponendosi alla disorganizzazione psichica*, attraverso la *protezione psichica* di fronte a situazioni di pericolo e alla riduzione degli effetti deleteri delle esperienze traumatiche; questa fase *può vedere il ricorso a comportamenti inadeguati (asociali, dipendenze da alcol o sostanze, ecc.) o a meccanismi difensivi patologici, di sopravvivenza* (bambini maltrattati che si rifugiano in *bolle psichiche di protezione, forme di scissione* per sopportare la violenza o situazioni estreme).

La seconda fase, quella che di fatto, ricorda Anaut, dà avvio al processo di resilienza, consiste *nell'elaborazione e nella riparazione o autoriparazione: ricostruire i legami, abbandonare i meccanismi di difesa più primitivi (negazione o proiezione)* per passare alle *forme di protezione più adattive e mature* di lungo termine, e più costruttive (*creatività, umorismo, intellettualizzazione, altruismo, sublimazione*), che implicano *l'elaborazione mentale* del soggetto, un processo di *mentalizzazione*, la possibilità di *esprimere a parole esperienze immagini ed emozioni*. Dare senso (Anaut, 2015, pp. 107ss.).

Lo psichiatra e psicoanalista americano G. Vaillant (1993) distingue tra meccanismi di difesa immaturi (proiezione, passaggio all'atto, comportamenti passivo-aggressivi), e maturi (sublimazione, umorismo, altruismo, repressione e anticipazione) che possono anche coesistere. È davvero importante ribadire come alcune difese inadeguate, che potrebbero essere definite psicotiche, in casi di sofferenza estrema non sono patologiche, ma 'normali' protezioni transitorie dell'individuo in situazioni non 'normali' (nella prima fase del processo di resilienza) (Anaut, 2015, pp. 111ss.).

Marie Anaut riprende un concetto interessante quando parla della funzione di ‘ancoraggio psichico’ svolto da persone assimilabili ai ‘tutori della resilienza’ di cui parla Boris Cyrulnik (2005), “oggetti risorsa” esterna nei bambini al triangolo madre padre bambino (Anaut, 2015, p. 114); persone che possono contribuire in situazione di estrema difficoltà ad affrontare le avversità, sia direttamente offrendo incoraggiamento e aiuto, sia dal punto di vista simbolico (modello identificatorio di genitori o altri adulti significativi come figure di riferimento, insegnanti, educatori, amici o coetanei), li aiuta a proteggersi, a fare esperienza positiva nel modo di affrontare le avversità, del mondo e delle relazioni, a recuperare l'autonomia, il senso di sé come individui degni di amore, la fiducia, l'autostima, il senso di efficacia, di potercela fare, ecc. (avere un repertorio di esperienze positive di aver superato situazioni di difficoltà (Anaut, 2015, pp. 73ss.).

È possibile pensare che alcuni interventi in emergenza possano essere se non un vero ancoraggio psichico, almeno un salvagente per le persone coinvolte? L'importanza dell'aiutare a recuperare il sentimento di sicurezza interiore (che vanno a innestarsi nelle esperienze di attaccamento), nei rapporti di appartenenza (relazionale, rete sociale, professionale) (Anaut, 2015, p. 77), che riconoscono, reggono e proteggono.

Strategie di coping: Il modello del processo duale di coping nel lutto, Margaret Stroebe e Henk Schut (1999)

Nel perimetro del concetto di resilienza, ma non sovrapponibili in quanto più riferibili alla prima fase del processo di resilienza (meccanismi adattivi), vi sono oltre all'*empowerment* che permette di prendere coscienza delle risorse disponibili e promuovere una partecipazione attiva del soggetto in difficoltà, le strategie di *coping*: fronteggiare, saper ridurre, dominare, gestire, governare le situazioni difficili o avverse. Al *coping* appartengono i processi consci, azioni concrete suscitate da un evento esterno e orientate verso la realtà esterna, a differenza dei meccanismi di difesa che appartengono al dominio dell'inconscio e possono essere collegate a conflitti intrapsichici (Anaut, 2015, p. 89, cita Vaillant, 1993).

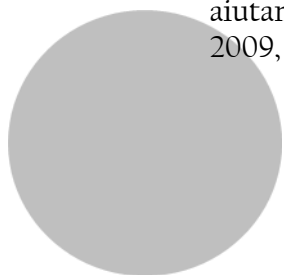
Tra le strategie di *coping* vengono elencate quelle centrate sulla regolazione delle emozioni, sul problema, strategie di coping evitanti (fuga, negazione, evitamento, ecc.), strategie di vigilanza che permettono di affrontare la situazione attraverso strategie attive (ricerca di informazioni, di sostegno, di mezzi, ecc. (Anaut, 2015, p. 89, cita Ionescu et al., 2012).

Tra i modelli specifici sul lutto di particolare rilevanza è stato quello formulato da Stroebe e Schut alla fine degli anni '90.

Concentrandosi sulle strategie messe in campo dalle persone a lutto, Stroebe e Schut prevedevano due tipi di risposte di *coping*, quello che riguarda il confronto con la perdita (orientamento alla perdita), dove il lavoro del lutto riguarda affrontare il dolore, allentare in modo graduale il legame con il defunto, elaborare la perdita cercando di restituire un significato alla stessa; quello che riguarda invece il processo di recupero (orientamento al recupero), relativo al cambiamento del proprio ruolo di vita (nuova identità e attività), confrontarsi con nuove abilità e necessità, mettendo di fatto tra parentesi il lutto con momenti di evitamento, negazione, soppressione e distrazione nei confronti della perdita, per far fronte ad aspetti anche pratici dell'esistenza (strategie di *coping* di tipo adattivo). Questo modello tiene in considerazione il dinamismo nell'oscillazione che le persone a lutto si trovano a vivere, tra essere focalizzate sulla perdita oppure farsi carico degli aspetti del recupero; gli effetti negativi del lutto avrebbero esito dalla focalizzazione eccessiva su uno dei due poli, da un lato negare le incombenze della vita quotidiana intrappolati nella sofferenza per la perdita della persona cara, dall'altro dedicarsi freneticamente agli aspetti concreti della vita quotidiana per non pensare alla perdita (Stroebe e Schut, 1999).

Tra altre strategie di *coping* specifiche del lutto ci possono essere quelle che tendono a mantenere il legame con la persona morta (*continuing bonds*) oppure un coping volto a evitare in modo automatico ogni emozione negativa relativa alla perdita (*repressive coping*) (Pietrantonì e Prati, 2009, p. 116), a differenza di un evitamento deliberato: “[...] strategie di coping che elicitano emozioni positive come la riformulazione positiva, lo humor e il coping orientato al raggiungimento di un obiettivo possono rivelarsi estremamente adattive nel processo del lutto”, possono anche rafforzare la rete sociale (Pietrantonì e Prati, 2009, p. 117).

Per diversi autori esiti positivi del lutto possono derivare anche da strategie di *coping* adattive di tipo spirituale: per l'appartenenza a comunità religiose, per valori e narrazioni che aiutano a ricreare un significato all'accaduto (Pietrantonì e Prati, 2009, p. 117).



Chi era il defunto? Il 'modello sociologico' di Tony Walter

Interrogandosi su come fosse possibile aiutare chi era colpito da lutto e sulle condizioni che favorivano un 'lutto normale' Bowlby riconosce l'importanza di dare libero sfogo alle proprie sensazioni (Bowlby, 1979, pp. 97ss.) e cita Shakespeare: "Give sorrow words: the grief that does not speak Whispers the o'er fraught heart, and bids it break" (Macbeth, scena 4, atto 3); "Dà voce alla sofferenza, il dolore che non parla imprigiona il cuore agitato e lo fa schiantare". (Bowlby, 1979, p. 97).

Di fronte ai sentimenti più intensi per la perdita (timore di essere abbandonati, struggimento per la persona persa, collera per l'impossibilità di ritrovarla, impulso a ricercarla, rimproverare le responsabilità, non accettare la realtà, lotta con il passato) l'aiuto può essere quello di guardare la situazione dal punto di vista della persona a lutto, di rispettare le sue sensazioni, anche quelle non realistiche, di comprendere e condividere i compiti che si impone, e permettere di "esprimere le sensazioni che stanno esplodendo dentro di sé", (Bowlby, 1979, p. 98), lo struggimento, la speranza illusoria, la rabbia per essere stati abbandonati, i rimproveri contro medici e infermieri, contro le sue stesse colpe ('se solo avessi fatto così', 'se solo non avessi fatto', forse si sarebbe potuto evitare la disgrazia); inutile fare un "esempio di realtà" perché dentro di sé lo sanno (Bowlby, 1979, p. 98).

Ascoltare ogni speranza e desiderio, ricorda Bowlby, le recondite possibilità che nutre, il rimpianto, il rimprovero, la delusione, *rispettandone le difese*, finché la speranza e la collera svaniscono e la persona possa "riconciliarsi con la realtà della perdita" (Bowlby, 1979, p. 100): "Struggimento per l'impossibilità, collera violenta, pianto impotente, orrore alla prospettiva della solitudine, pietosa supplica di sostegno e comprensione, sono queste le sensazioni che una persona colpita da una perdita ha bisogno di esprimere e, a volte, prima di tutto di scoprire, per fare progressi" (Bowlby, 1979, p. 101). Sensazioni queste che in alcune culture sono considerate indegne, vili, dunque umiliante l'esprimerle, perché passibili di critiche e di disprezzo, le portano a rimanere spesso inesprese e latenti con la conseguente interiorizzazione di controlli, mediante rimproveri, volti a soffocare le emozioni, il pianto, ecc. (Bowlby, 1979, p. 101; per il lutto in altre culture si veda anche Bowlby, 1983, pp. 155ss).

Si può ricordare l'espressione delle emozioni e del cordoglio in Inghilterra, e la rottura portata dal personaggio pubblico di Diana, e dal suo funerale (si veda Haynes e Shearer, eds., *When a Princess dies*, 1998).

Nel 1994 Tony Walter pubblica *The revival of death*, dove tratta dei rischi della patologizzazione del dolore e dell'importanza di riconoscerne anche gli aspetti meno universali; critica il modello di Kübler Ross, per l'approccio troppo consolatorio, che porterebbe ad evitare gli aspetti più drammatici e di rottura della morte, da cui l'essere umano era protetto dalla ritualità religiosa, almeno fino alla fine del XVIII secolo, quando sono venuti a prevalere gli aspetti medicalizzanti del morire nell'età dell'Illuminismo.

In un articolo successivo, Tony Walter (1996) prova ad elaborare un modello del lutto. Secondo Walter la letteratura sul lutto sottolinea l'importanza del lavoro di rielaborazione delle emozioni con lo scopo di proseguire la propria esistenza (*move on*) anche senza la persona deceduta.

Walter propone un nuovo modello, che definisce sociologico, basato sulla sua esperienza personale di lutto e su altri studi, che dimostrano come i sopravvissuti desiderino parlare del defunto soprattutto con le persone che l'hanno conosciuto, ricostruire assieme una narrazione che dia un posto alla persona nella loro vita, costruendo una biografia volta a integrare il ricordo del morto nella vita di chi resta e permetta loro di andare avanti con quella persona, anche senza la sua presenza. Questo è possibile secondo Walter con il processo di conversare con chi conosceva la persona defunta, a maggior ragione in una società fluida dove il distacco da tradizioni, luoghi e parenti porta alla necessità di ricreare continuamente una propria identità: *"the disembedding from place, from tradition and from kin."* (Walter, 1996, p. 15).

Per Walter procedendo nel processo del lutto spesso si avverte maggiormente il bisogno di parlare della persona deceduta per comprendere a che punto si trovi la nostra relazione con lei, proprio nel momento in cui le altre persone sono meno disponibili (Walter, 1996, p. 15): le persone che potrebbero dare informazioni sulla morte, come dottori, infermieri, sono meno disponibili perché troppo impegnati nell'emergenza successiva; i familiari vivono il lutto secondo diverse modalità e tempi per cui può essere difficile condividere la medesima comprensione e comunicazione. Inoltre la condivisione del lutto e la comunicazione tra membri della stessa comunità, della stessa famiglia e tra le diverse generazioni possono essere rese più difficili dal declino di pratiche e rituali religiosi condivisi, mentre la separazione tra i luoghi dove si risiede e quelli dove si lavora crea comunità diverse, contribuendo a minori condivisioni (*ibidem*).

Infine fattori legati all'aumento della *longevità* e alla maggiore *mobilità geografica* rendono più difficile che le persone in lutto si conoscano tra di loro pur abitando vicine, così i legami sociali nelle persone anziane sono ridotti, amici e colleghi talvolta sono già morti, o ospitati in strutture residenziali per anziani. Anche quando ci sono persone con cui parlare del defunto, spesso i fattori *longevità* e *mobilità geografica* contribuiscono a che le persone in lutto non 'conoscano' esattamente la stessa persona, rendendo importante ricreare la 'realtà' del defunto attraverso i racconti di chi l'ha conosciuto: una realtà condivisa (*ibidem*).

Già all'altezza degli anni '90 quindi Walter ricordava come la *difficoltà di creare una biografia congiunta del defunto* fosse dovuta non tanto al tabù della morte che impediva il parlarne, quanto alla mancanza di radicamento in tradizioni familiari condivise, e suggeriva una sorta di 'monitoraggio riflessivo del sé' (*reflexive monitoring of the self*). *Parlare della persona defunta/rinegoziare chi fosse, discutere, dimensione sociale non personalistica*: scoprire che nonostante molti conoscessero una persona apparentemente diversa, era in realtà la stessa persona: "There the aim is to reconstruct what the deceased was actually like, what they actually did and how they actually died" (Walter, 1996, p. 8).

Scopo del lutto secondo la letteratura scientifica ricorda Walter sarebbe stata la ricostruzione di un individuo autonomo che può continuare nel percorso della propria esistenza lasciandosi il defunto alle spalle e creando nuovi legami di attaccamento; il processo del lutto quindi come lavoro sulle emozioni collegate, quali rabbia, senso di colpa, depressione. Walter suggerisce che obiettivo del lutto non sia solo il processo di separazione dalla persona deceduta, come il processo del lutto non sia solo un lavoro sulle emozioni: quindi scopo del lutto diventi sì separarsi dal defunto, ma anche identificarsi con lo stesso (Walter, 1996, p. 8).

La stessa complessità Walter la nota in Parkes (1986, p. 79) laddove prima definisce il senso della presenza del defunto come 'illusoria' o allucinatoria, e subito dopo porta una testimonianza di C. S. Lewis (1961) a proposito della moglie morta, di cui inizia ad avere un'immagine più nitida nel momento in cui la lascia andare (Walter, 1996, p. 8; Parkes, 1980, p. 69). (Di fatto Parkes considerava queste manifestazioni illusorie come 'reazioni normali al lutto' (Parkes, 1980, p. 64). Walter cita infine Bowlby [1979, p. 49: *The making and breaking of affectional bonds*]: ogni forma di lutto porta al distacco, ma l'esperienza della sensazione continua della presenza della persona deceduta, soprattutto del partner, può essere un modo sano con cui il sopravvissuto preserva un senso di identità (Bowlby, 1980, pp. 86-100, citato da Walter, 1996, p. 8).

Walter problematizza la tradizione clinica che ha letto il distacco alla luce del contesto storico *culturale, secolare e individualista della fine del XX secolo*, dove uno degli scopi è superare il lutto per tornare ad essere “*effectively functioning individuals*”, dove viene quindi meno la relazione significativa tra i vivi e i morti, assieme al credo religioso e ai rituali che articolano questa relazione in altre società, come avveniva anche nella nostra società nel passato (Walter, 1996, p. 8).

L'autore pone l'accento sulla presenza della persona deceduta e la continua conversazione con/sul defunto, in un approccio autobiografico, dove lo scopo del lutto sarebbe vivere con il defunto. A questo proposito Walter riporta il discorso funebre per la morte di suo padre recitato da un amico di famiglia originario dello Zimbabwe, che raccontò della loro tradizione Shona, di vivere alla presenza degli antenati *per suggerire di mantenere vivo lo spirito del padre, riconoscendo la sua presenza come una presenza continua della famiglia e del villaggio*: “The address at his memorial service (discussed in more detail in Walter, 1991) was given by a black Zimbabwean friend of the family, Kingston. He drew upon his own Shona tradition of living in the presence of the ancestors to suggest that we should keep the spirit of Len Walter alive, that we acknowledge him as a continuing member of family and village.” “Siamo ciò che siamo per ciò che lui era, e neghiamo la realtà se tentiamo di lasciarcelo del tutto alle spalle. Nell'Occidente il senso che la persona deceduta sia ancora viva che il defunto sia ancora vivo è considerato da molti esperti un'illusione temporanea, ma forse necessaria (Rees, 1971; Parkes, 1986, p. 79) per raggiungere l'obiettivo finale di vivere senza il defunto; esattamente l'opposto della tradizione Shona.” (Walter, 1996, p. 9).

Nel lirismo di Birago Diop, poeta senegalese ricordato da Ranzato (2020): “Quelli che sono morti’ (da Souffles 1974): Ascolta nel vento il cespuglio in singhiozzi: È il respiro degli Antenati. Quelli che sono morti non sono mai andati via Essi sono qui nell'ombra che si dirada e nell'ombra che si ispessisce.”

A proposito dei rischi della *patologizzazione del lutto*, ad esempio della speranza di riunirsi con la persona cara scomparsa, Walter ricorda come in alcune situazioni questa speranza possa essere fondata e razionale (vedova anziana) (Walter, 1996, p. 11); sottolinea l'importanza di un cambio di paradigma riportato anche negli studi di Wortman e Silver (1989) riguardante le persone che vivono il lutto senza uno stress eccessivo: “[they] found that those bereaved people who failed to feel distress were not less likely to cope in the long run, thus questioning the idea that

one had to 'work through' one's grief. The pattern of grief identified by clinical lore as normal is, Wortman and Silver concluded, only one of three common patterns" (Walter, 1996, p. 12). Gli autori citati da Walter contestavano quindi il fatto che un lavoro del lutto fosse sempre necessario.

Walter sembra mettere in discussione il *concetto di lutto 'normale' universale/'sano' o patologico* e a questo riguardo cita Margaret Stroebe a proposito del fatto che obiettivo del lutto non sia solo distaccarsi dal defunto, ma anche piangere la perdita e adattarsi alla nuova situazione e al nuovo ruolo, confrontandosi anche con gli aspetti più pratici dell'esistenza (Walter, 1996, p. 11, cita Stroebe, 1992, p. 28): "[Stroebe] likewise questioned the notion of 'normal' grief, suggesting instead that there may be many and varied responses to grief, and one should be very wary before categorizing certain responses as pathological. She concluded that *the conventional wisdom that 'the objective of grief work is to achieve detachment from the deceased'* (Walter, 1996, p. 32) *and that to achieve this 'one must speak of one's feelings and reactions'* (Walter, 1996, p. 19) *is not supported by clear and unambiguous research evidence.* More recently Stroebe and Schut (1995) have argued that bereaved people have *both to mourn their loss and (as Parkes... had already highlighted) to adapt to new situations and learn new roles* (e.g. the widow may have to learn to drive and to deal with tax affairs). While such *practical tasks* are being attended to, *grief has to be sidelined.* In other words, *bereavement* consists of an *oscillation between confronting and avoiding grief*, nothing but confrontation, or nothing but avoidance, may each in their own way be unhealthy."

In questa oscillazione tra confrontarsi con il dolore per la perdita ed evitarlo, anche per rispondere alle richieste del nuovo ruolo o della nuova esistenza, ricorda Walter, persone diverse affrontano il dolore del lutto in modo diverso: "*Different individuals grieve in different ways*" (Walter, 1996, p. 11).

Parlare della persona defunta con chi la conosceva in vita, rinegoziare chi fosse, discutere, assume una dimensione sociale, non personalistica, per scoprire che nonostante molti avessero una conoscenza diversa, la persona era la stessa: non solo attraverso dialoghi interni con la persona defunta, ma per Walter soprattutto parlare della persona con chi l'ha conosciuta. Il defunto come fonte di piacere che permette anche di posizionarlo e andare avanti con la propria vita. Walter non vede questo come supporto sociale per un processo personale di lutto, ma piuttosto come *processo sociale che tende a negoziare e rinegoziare* con altre persone che conoscevano la persona deceduta, chi fosse

quella persona, come è morta e cosa significhi per chi resta, e così riscoprirla (Walter, 1996, p. 13) (ampliando il discorso si può pensare alle persone che muoiono dopo un tempo di vita trascorso in sottrazione da chi li conosceva, con vicino solo i familiari, altri caregiver o il personale della RSA, quali forme di 'riscoperta' di chi erano in vita sono possibili?).

“15 giugno 1942. Esattamente cinque anni fa è morta mia madre. Da quel giorno la terra si è rivoltata come un guanto. Per me è come fosse accaduto ieri. Ho davvero potuto vivere cinque anni senza che lei ne sapesse niente? Voglio riprendermela dalla bara, dovessi allentare ogni singola vite con le labbra. Lo so che è morta. Lo so che è decomposta. Ma non lo accetterò mai. Voglio farla tornare in vita. Dove ritrovo le sue parti? Il più è ancora nei miei fratelli e in me. Ma questo non basta. Voglio ritrovare ogni persona che l'ha conosciuta. Voglio riavere tutte le parole che lei ha pronunciato. Dovrò posare il piede dove lo ha posato lei [...]” (Canetti, 2017, p. 25). “Dove sono le sue ombre? Dov'è la sua collera? Io le presto il mio respiro. Lei camminerà con le mie gambe” (Canetti, 2017, p. 26).

Lutto e diagnosi psicopatologiche

Il dolore per il lutto è un'esperienza umana che può essere considerata 'universale', di per sé non patologica, anche laddove sia intenso, indicibile e prolungato nel tempo. I diversi contesti storici, culturali e geografici sono caratterizzati da diversi discrimini tra la sofferenza considerata 'normale', e quella che viene considerata 'patologica', quando la sofferenza blocca le persone in uno stato di dolore pervasivo, in una condizione di profondo dolore psichico, e prolungato nel tempo, che mina la possibilità di 'funzionare' e relazionarsi nel proprio ambiente.

Come abbiamo visto già Freud aveva descritto la melanconia come uno stato morboso del lutto (Freud, 1915). Se la tristezza è diventata patologia (Coppo, 2005), al lutto è toccata sorte analoga, e anche le statistiche di prescrizioni di farmaci indicano la tendenza sempre più marcata a confrontarsi con il disagio della civiltà. Inoltre, forse l'occhio, le convinzioni, gli strumenti di chi valuta modificano la realtà valutata, come si potrebbe dedurre ad esempio dalla variabilità nella prevalenza della più recente categoria diagnostica che riguarda il lutto patologico inserito nel DSM5-TR (*Prolonged Grief Disorder*), dove si osserva come anche a causa dell'eterogeneità metodologica negli adulti la prevalenza sia sconosciuta, e arrivi forse a un 9,8%, mentre tra i giovani americani è stata valutata del 18% (APA, DSM5-TR, p. 388): “Le popolazioni con un'esposizione maggiore al trauma possono avere tassi di prevalenza più elevati (...). Può

essere più alta nei paesi occidentali ad alto reddito rispetto ai paesi asiatici ad alto e medio reddito, ma studi in Cina dimostrano tassi più elevati e una variabilità sostanziale. Tra i giovani americani è stata valutata del 18%”.

Come ricorda uno studio recente: “I pochi studi epidemiologici effettuati sull’argomento e la variabilità fra i differenti gruppi di criteri diagnostici rendono difficile fornire dei tassi di prevalenza consistenti e comparabili per il PGD. Un ampio studio epidemiologico condotto in Germania (n=2,520) ha riportato una prevalenza di PGD nella popolazione generale pari a 3,7% e un tasso d’incidenza del 6,7% per lo sviluppo di PGD a seguito di una perdita. Tali risultati concordano con quelli riscontrati da una recente meta-analisi che ha evidenziato una prevalenza del 9,8% di PGD in soggetti adulti colpiti dalla perdita di una persona cara. Un altro studio condotto in Olanda su un campione di soggetti anziani (n=5,741) ha riportato una prevalenza del 4,8% per la presenza di PGD. Elevati livelli di sintomi depressivi e di lutto prolungato sono stati riscontrati anche in popolazioni di adolescenti e bambini colpiti dalla perdita dei genitori o di altre figure di attaccamento.” (Camussi et al., 2024)

Da dove viene questa categoria diagnostica?

La condizione di sofferenza prolungata è stata oggetto di ampio dibattito negli anni, fino all’individuazione di alcuni disturbi riconducibili a una nuova categoria diagnostica: il *Prolonged Grief Disorder* (PGD) che equivarrebbe a ‘Disturbo da Sofferenza Prolungata per Lutto’, in realtà tradotto con Disturbo da Lutto Persistente. Nel DSM IV era stato introdotto tra ‘altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica’ il *Complicated Grief* (CG), nonostante le critiche di una categoria che rischiava di portare alla patologizzazione del lutto normale. L’ICD-11 (*International Statistical Classification of Diseases*, dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, effettivo dal 2022, usato tra altri anche dalle assicurazioni sanitarie per i codici di rimborso) aveva già introdotto una categoria di lutto patologico autonoma (non più legata solo al quadro depressivo come nel DSM-4-TR), considerando il blocco nel lavoro del lutto e la patologia del lutto. Nel 2013 il *Disturbo da Lutto Persistente Complicato* (*Persistent Complex Bereavement Disorder*) viene inserito nella sezione III del DSM 5, cioè tra le condizioni su cui svolgere ulteriori ricerche. (Il DSM-5 aveva introdotto il *Premenstrual Dysphoric Disorder* (PMDD) o Disturbo Disforico Premestruale, in precedenza nell’Appendice tra le categorie che necessitavano di ulteriori studi del DSM-IV).

La categoria di disturbo da lutto prolungato non era presente nell'ICD-10, ma è stata inserita nell'ICD-11 (*Prolonged Grief Disorder*), in corrispondenza del *Disturbo da Lutto Persistente Complicato* del DSM-5, caratterizzato dalla difficoltà di separarsi emotivamente dalla persona morta, dal persistente desiderio di ritrovarla, da tristezza e dolore emotivo, dalla preoccupazione per il defunto e per le circostanze della morte, con la fatica a separarsi dagli aspetti della realtà quotidiana che gestiva la persona defunta, dai ricordi, e la difficoltà a gestire le incombenze quotidiane. Una persona con lutto complicato presentava disturbi dell'adattamento, con tratti depressivi o ansiosi, emozioni sregolate, fino alla depressione maggiore, all'uso o abuso di sostanze (per anestetizzare il dolore della perdita) o ai disturbi di *Post Traumatic Stress Disorder* con manifestazioni di evitamento o reazioni eccessive a ogni accenno alla persona morta.

Il DSM-5 indicava come criteri diagnostici una marcata difficoltà ad accettare la morte, incredulità o torpore emotivo, difficoltà verso i ricordi positivi del deceduto, rabbia, amarezza, valutazione negativa di sé in relazione al deceduto o alla sua morte (senso di auto-colpevolezza), evitamento eccessivo di ricordi legati alla perdita (persone, luoghi o situazioni associati alla persona morta), senso di solitudine dal momento della morte e mancanza di fiducia verso gli altri.

Nella diagnosi differenziale rispetto al *Post-Traumatic Stress Disorder* (PTSD), le intrusioni sperimentate a seguito della mancata elaborazione di un lutto erano prettamente relative a immagini della relazione con il defunto; mentre, rispetto al *Disturbo Depressivo Maggiore*, la tristezza, il senso di colpa ecc. erano riferiti alla persona deceduta.

Dal DSM-5 al DSM-5-TR (American Psychiatric Association, APA)

Nel marzo 2022 è stata pubblicata la versione rivisitata (*Text Revision*) del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Il DSM-5-TR ha introdotto il disturbo da *Lutto Persistente (Prolonged Grief Disorder - PGD)* mutuato dall'ICD-11, riferito alle persone che sperimentano una incapacità pervasiva a superare il lutto per la perdita di una persona cara (occorsa da almeno 12 mesi per gli adulti, 6 mesi per bambini e adolescenti) con sintomi così gravi da influenzare il funzionamento quotidiano dell'individuo. Lo sviluppo di un dolore persistente (quasi quotidiano, nell'ultimo mese), uno o entrambi i sintomi di desiderio intenso di ritrovare la persona deceduta, preoccupazione con pensieri e ricordi (per bambini e adolescenti le circostanze della morte).

Il Disturbo da lutto prolungato è stato inserito nel capitolo *Disturbi correlati a eventi traumatici o stressanti* (che comprende il disturbo reattivo dell'attaccamento, il disturbo da interazione sociale disinibita, il disturbo da stress post-traumatico, il disturbo da stress acuto e i disturbi dell'adattamento).

Il capitolo si trova adiacente alle sezioni dedicate ai disturbi d'ansia, al disturbo ossessivo-compulsivo e disturbi correlati, e disturbi dissociativi; la scelta dell'inserimento in questo capitolo, sottolineano gli autori, è motivata dal fatto che individui esposti a eventi traumatici e stressanti possono avere caratteristiche cliniche più evidenti della paura e dell'ansia, ad esempio "sintomi anedonici e disforici, sintomi di rabbia e aggressività esternalizzate, oppure sintomi dissociativi" (Apa, DSM-5-TR, p. 353).

Non sarebbe il dolore e la disperazione per un lutto ad essere diagnosticabile come patologico, quanto *l'intensità e la durata delle sue manifestazioni*: "[...] è stato riconosciuto da tempo che mentre il dolore da lutto, la disperazione e la disforia generale possono far parte del normale processo di lutto dopo la morte di una persona cara, l'espressione di tali emozioni è talvolta *eccessiva in modo abnorme per durata e/o intensità*. La diagnosi di disturbo da lutto prolungato è stata introdotta in questo capitolo per rispondere a questa osservazione clinica." (Apa, DSM-5-TR, p. 353). Inoltre viene specificato come in caso di morte violenta vissuta come evento traumatico dalle persone in relazione stretta con la persona deceduta si possono avere sintomi di disturbo da lutto prolungato in concomitanza con sintomi di PTSD (Apa, DSM-5-TR, p. 368).

Disturbo da lutto prolungato (Apa, DSM-5-TR, p. 386ss.)

I criteri diagnostici prevedono:

A. la morte, *almeno 12 mesi prima*, di una persona che era vicina all'individuo (per i bambini e gli adolescenti, almeno 6 mesi prima) (dimensione temporale e relazione stretta);

B. Dalla morte ricorrono quotidianamente e in modo clinicamente significativo una *persistente risposta al lutto con uno o entrambi dei seguenti sintomi, l'intensa nostalgia e desiderio del defunto e la preoccupazioni per i pensieri o i ricordi della persona deceduta* (nei bambini e negli adolescenti, la preoccupazione può concentrarsi sulle circostanze di morte).

Il criterio C. prevede che dal momento della morte si siano verificati sempre per *la maggior parte dei giorni* in misura clinicamente significativa, *almeno tre dei seguenti sintomi*:

1. *Disgregazione dell'identità* (per es., sensazione che una parte di se stessi sia morta).
2. Marcato senso di *incredulità* per la morte.
3. *Evitamento* dei ricordi sul fatto che la persona sia morta (in bambini e adolescenti può essere caratterizzato da sforzi per evitare i ricordi).
4. *Intenso dolore emotivo* (rabbia, amarezza, tristezza) legato alla morte.
5. *Difficoltà di reinserimento nelle proprie relazioni personali e attività* dopo la morte (per es., problemi di coinvolgimento con gli amici, perseguire i propri interessi o pianificare il futuro).
6. *Insensibilità emotiva* (assenza o marcata riduzione dell'esperienza emotiva) a seguito della morte.
7. *Sentire che la vita è priva di significato* come risultato della morte.
8. *Intensa solitudine* come risultato della morte (Apa, DSM-5-TR, pp. 386-87).

Il criterio D. ricorda che il disturbo provoca *angoscia clinicamente significativa o compromissione nel funzionamento sociale, occupazionale o in altre importanti aree* (Apa, DSM-5-TR, p. 387). Nel criterio E. si specifica che la natura, la durata e la gravità della reazione al lutto superano chiaramente le *norme sociali, culturali o religiose* previste per la cultura e il contesto di appartenenza, mentre il criterio F. ricorda che i sintomi non possono essere meglio spiegati da un altro disturbo mentale, come il *disturbo depressivo maggiore* o il *disturbo da stress post-traumatico* e non sono attribuibili agli effetti fisiologici di una *sostanza* (per es., farmaci, alcol) o un'altra *condizione medica* (Apa, DSM-5-TR, p. 387.).

Nelle caratteristiche diagnostiche oltre alla dimensione temporale e alla relazione stretta il PGD viene visto come *'reazione maladattiva'*; il lasso di tempo è discriminante per distinguere il lutto *'normale'* dal lutto che continua ad essere grave e debilitante, pur riconoscendo che *'la durata del lutto adattivo può variare individualmente e tra le diverse culture'* (Apa, DSM-5-TR, p. 387). Lo sviluppo di una risposta persistente viene vista come *"caratterizzata da intenso desiderio o bisogno della persona morta* (spesso con dolore intenso e pianto frequente) o preoccupazione per i pensieri o i ricordi del deceduto" (mentre nei bambini si concentra sulle circostanze della morte). (Apa, DSM-5-TR, p. 387).

Nella sezione *Caratteristiche associate* il manuale sottolinea come gli individui sperimentino spesso *"cognizioni maladattive sul sé, senso di colpa* per la morte e *diminuita aspettativa sulla vita futura e sugli obiettivi di vita.*

Le *lamentele somatiche* accompagnano comunemente la condizione e possono essere correlate in comorbidità alla *depressione e all'ansia, alla perdita dell'identità sociale e all'aumento degli accertamenti medici, i sintomi somatici possono essere assimilabili a quelli che provava la persona deceduta [...]* (Apa, DSM-5-TR, p. 388). Possono esservi “*comportamenti dannosi* riguardanti la salute, legati alla diminuzione della cura e al controllo di se stessi”, *allucinazioni* riguardanti il defunto come udire la voce della persona deceduta, si possono trovare “*anche nel lutto normale, ma possono essere più comuni nelle persone con sintomi da lutto prolungato*”; le allucinazioni “*possono essere associate a perdita di identità sociale e della propositività e legate alla morte* (per es., la *confusione* sul proprio ruolo nella vita, sensazione di *mancanza di significato*)”, oltre che *rabbia, irrequietezza, incolpare* gli altri, diminuzione del *sonno* (Apa, DSM-5-TR, p. 388).

Per la prevalenza viene riconosciuta l'eterogeneità metodologica nella definizione di sintomi, misure, durata, ecc., mentre per quanto riguarda il decorso del PGD nell'arco di vita viene segnalato come i dati siano limitati (Apa, DSM-5-TR, p. 388). L'insorgenza solitamente risale ai *primi mesi* dopo il decesso, ma i sintomi possono comparire anche dopo. Nei genitori di un bambino defunto può essere particolarmente prolungato. La comorbidità con altri disturbi può complicare il decorso, ad esempio in situazioni di PTSD, nelle situazioni di *lutto da morte violenta* di una persona cara, omicidio, suicidio, presenza di *minacce* alla propria vita e/o all'essere testimoni di una morte violenta e potenzialmente raccapricciante.

Un rischio maggiore di PGD sembra essere associato all'*età avanzata* e adulti più anziani con sintomi di PGD possono sviluppare un maggiore rischio di *declino cognitivo progressivo*; i bambini e gli adolescenti possono manifestare diversamente il disagio a seconda della loro età, nelle regressioni dello sviluppo, nel comportamento ansioso o di protesta nelle separazioni e ricongiungimenti, ricerca del defunto perché non comprendono il tratto definitivo della morte, manifestazioni somatiche, disturbi di sonno e alimentazione, desiderio di riunirsi anche fisicamente alla persona deceduta, con comportamenti di ritiro emotivo, aspetti di disgregazione dell'identità, l'angoscia di perdita dell'identità sociale, rischi di depressione in comorbidità, perdita di significato, ‘rinuncia alle aspirazioni di crescita’ negli adolescenti, comportamenti a rischio o preoccupazione di avere un destino condiviso con la persona deceduta, non esprimere il dolore per proteggere il *caregiver*, ecc. (Apa, DSM-5-TR, pp. 388-89).

Tra i fattori di rischio importante la “dipendenza dal defunto nel periodo prima della morte”, nei casi di morte di un bambino, oppure morti violente o inattese, ma anche fattori di stress economici. La morte di un coniuge, del partner o di un figlio rispetto ad altre relazioni di parentela comporta una maggiore prevalenza, così come l'indisponibilità del *caregiver* (Apa, DSM-5-TR, p. 390).

È stato sottolineato come questa edizione del DSM tenga maggiormente in considerazione gli aspetti diagnostici correlati alla cultura di appartenenza.

Per quanto riguarda i sintomi di PGD il manuale riporta come essi siano stati osservati nei diversi contesti culturali, ma ricorda come le risposte al lutto abbiano manifestazioni specifiche delle diverse culture, anche per durata e modificazione (Apa, DSM-5-TR, p. 389): “Per esempio, nelle diverse culture, gli *incubi sul defunto* possono essere particolarmente angoscianti a causa del significato attribuito loro: la prevalenza di *allucinazioni del defunto* o dei *sintomi somatici* lutto-correlati possono variare; e le manifestazioni indirette di compromissione funzionale correlata al lutto (per es., comportamenti malsani come il bere o la scarsa cura di sé) possono essere più frequenti rispetto alle manifestazioni dirette del lutto” (Apa, DSM-5-TR, pp. 390).

Di particolare rilevanza è l'indicazione di come l'*incapacità di effettuare i rituali funebri previsti dalla cultura di appartenenza possa talvolta concorrere ad aggravare i sintomi*, “*forse a causa dell'interpretazione del loro impatto sulla condizione spirituale del defunto*” (Apa, DSM-5-TR, pp. 390).

Se la prevalenza sembrerebbe essere maggiore tra afro-americani rispetto ai bianchi non ispanici il manuale ricorda come vi sia la necessità “di ulteriori studi nelle aree nelle quali vi è un'esposizione differente a morte improvvisa o violenta” (Apa, DSM-5-TR, p. 390).

Inoltre si ricorda come “differenze tra pratiche funebri possono contribuire alla *prescrizione o al divieto culturale di specifiche espressioni del dolore per il lutto e le norme culturali circa il ruolo sociale del defunto possono influenzare l'intensità e la durata del dolore per il lutto*, così come *i diversi livelli di sostegno o l'approvazione sociale verso il risposarsi varia a seconda del sesso del defunto*. La diagnosi richiede che le risposte persistenti e gravi vadano oltre le norme culturali delle risposte al dolore e non siano meglio spiegate *da rituali funebri culturalmente specifici*” (Apa, DSM-5-TR, p. 390).

Secondo il DSM-5-TR il rischio di ideazione suicidaria in concomitanza con depressione maggiore e PTSD sarebbe costante per tutto l'arco della vita in tutte le nazioni; *non sarebbe però dimostrato*, ricorda il manuale, “che l'ideazione sia associata a maggiore incidenza di comportamento suicidario”. Si sottolinea che presentano un maggiore rischio i casi di morte violenta (omicidio, suicidio, incidente), o la morte di un figlio/a di età inferiore ai 25 anni (Apa, DSM-5-TR, pp. 390-91).

Quali possono essere le conseguenze funzionali del PGD?

Si andrebbe da sintomi associati alla “compromissione del funzionamento lavorativo e sociale e a comportamenti dannosi per la salute, quali l'incremento nell'uso di tabacco e alcol”; “marcato incremento del rischio per gravi condizioni mediche, incluse patologie cardiache, ipertensione, cancro, deficienza immunologica, ridotta qualità di vita” (Apa, DSM-5-TR, p. 391). Possibile compromissione nel funzionamento cognitivo specialmente tra adulti di mezza età e anziani, mentre in bambini e adolescenti il ritiro scolastico prematuro, diminuzione di ambizioni e risultati scolastici (Apa, DSM-5-TR, p. 391).

Per quanto riguarda la *diagnosi differenziale*, viene ribadita la differenza rispetto al lutto considerato normale per le gravi reazioni al lutto che durino *almeno 12 mesi*. Il PGD deve avere una durata superiore, superare le norme culturali, sociali o religiose e interferire con la capacità di funzionare dell'individuo. Il manuale sottolinea come aumenti marcati nella gravità del lutto si possono osservare nel normale lutto in corrispondenza di anniversario di morte, compleanni, anniversari di matrimonio, o altre feste... senza che questo venga a costituire un lutto prolungato se non presente anche in altri momenti (Apa, DSM-5-TR, p. 391).

Rispetto ai *disturbi depressivi* la diagnosi differenziale deve cogliere gli stessi sintomi di umore deflesso, pianto, pensiero suicidario; ma nel PGD “l'angoscia è focalizzata sui sentimenti di perdita e di separazione di una persona cara piuttosto che riflettere un basso umore generalizzato. Il disturbo depressivo maggiore può anche essere preceduto dalla morte di una persona cara, con o senza comorbidità con il disturbo da lutto prolungato” (Apa, DSM-5-TR, p. 391).

La diagnosi differenziale a seguito di *morte violenta o accidentale* rispetto al PTSD verifica come nel disturbo da lutto prolungato i *pensieri intrusivi* e l'*evitamento* siano focalizzati sulla *relazione con il defunto*, “inclusi gli aspetti positivi della relazione e

l'angoscia di separazione", mentre nel PTSD questi ruotano attorno all'evento traumatico; nel disturbo da lutto prolungato ricordi ed evitamenti riguardano il fatto che la *persona amata non è più presente* (attività svolte assieme, i luoghi frequentati, ecc.) segnalando la nostalgia per il defunto, assente invece nel PTSD (Apa, DSM-5-TR, pp. 391-92).

A differenza dell'*ansia da separazione* il PGD evidenzia l'angoscia principalmente per la *separazione dalla persona defunta*.

Infine, la diagnosi differenziale con il *Disturbo psicotico*: nel PGD può accadere di vedere il defunto, di avere la 'sensazione fugace' della sua presenza, tocco, voce, visione "sono comuni nelle varie culture durante il lutto normale, possono essere vissute come rassicuranti", spesso in fase di addormentamento (ipnagogiche); diversamente per una diagnosi di *Disturbo psicotico* vi deve essere la presenza di 'altri sintomi, allucinazioni, deliri, disorganizzazione del pensiero, sintomi negativi' (Apa, DSM-5-TR, p. 392).

In *comorbidità* al PGD vengono segnalati il PTSD (a seguito di morte violenta accidentale), un *Disturbo depressivo maggiore*, un *Disturbo da uso di sostanze*, così come l'*Ansia da separazione* verso principali figure di attaccamento (Apa, DSM-5-TR, p. 392).

Discussioni a margine delle diagnosi

Se la categoria di Lutto patologico (*Pathological Grief disorder*) era stata criticata perché comportava una accezione troppo negativa del lutto (*grief*), la categoria di Lutto complicato (*Complicated Grief CG*) veniva ostacolata perché non sembrava essere un'accezione chiara, il Lutto traumatico (*Traumatic Grief*) era stato criticato perché poteva sovrapporsi con il *Post Traumatic Stress Disorder* (PTSD), restavano il *Persistent Complex Bereavement Disorder* (PCBD) e il Lutto prolungato (*Prolonged Grief Disorder*). Per una discussione rispetto a queste diverse categorie diagnostiche concernenti il lutto si rinvia all'articolo del *World Psychiatry* "*Prolonged grief disorder*" and "*persistent complex bereavement disorder*", but not "*complicated grief*", are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study (P. K. Maciejewski, A. Maercker, P. A. Boelen, H.G. Prigerson, 2016), discussione che evidenzia la coincidenza semantica tra il *Prolonged Grief Disorder* e il *Persistent Complex Bereavement Disorder*, come appartenenti alla stessa categoria diagnostica, diversamente dal "*Complicated Grief*" (Maciejewski, Maercker, Boelen, & Prigerson, 2016).

Gli autori affermavano che alcuni processi di elaborazione del lutto possono essere patologici, intrinsecamente anormali, non il dolore in sé: “The assertion that the course of grief, in itself, can be pathological in some instances, i.e., that some *grieving processes* are inherently *abnormal*, separates PGD from both CG and PCBD” (Persistent Complex Bereavement Disorder) (Maciejewski, Maercker, Boelen, & Prigerson, 2016, p. 267).

Nel loro studio gli autori auspicavano l'introduzione della categoria PGD invece di PCBD in quanto facevano riferimento alla stessa entità diagnostica, ma – secondo loro – la definizione di PCBD era terminologicamente non corretta, sia per il concetto poco chiaro di ‘complicato’, sia perché il lutto (*bereavement*) come evento che si riferisce alla perdita di una persona cara a causa della morte non poteva definire un'entità mentale: “Given that PGD and PCBD tests identify the same diagnostic entity, the main difference between PGD (proposed for adoption in ICD-11) and PCBD (introduced in DSM-5) is in the meaning of terms used to describe this same entity. The primary opposition is between use of the term ‘grief’ and use of the term ‘bereavement’ in the name of the disorder. *Grief is deep mental anguish, a process of the psyche. Bereavement is an event, the loss of a valued loved-one due to death. Grief is a mental entity; bereavement is not.* At face value, there is no mental entity identified in the name PCBD. How can the name of a mental disorder not identify a mental entity? The use of the term ‘complex’ in the name PCBD is also somewhat obfuscating. The PGD construct is fairly simple to understand: individuals who are ‘stuck’ in a state of intense grief for a long time have PGD. If the underlying disorder is not difficult to understand, then what is ‘complex’ about PCBD? The name PCBD has no clear meaning and should be abandoned by the DSM in favor of PGD.” (Maciejewski, Maercker, Boelen, & Prigerson, 2016, p. 272).

Di fatto gli autori sostenevano che non c'era una differenza sostanziale tra PCBD (DSM) e PGD (ICD), mentre la combinazione di una intensità e durata anormali come definite nel PGD si conciliavano con il ritenere che tutti i sintomi del dolore per lutto fossero normali, ma non tutti i processi di elaborazione del lutto lo fossero (Maciejewski, Maercker, Boelen, & Prigerson, 2016, p. 272): “Even if the DSM retains this name, researchers, clinicians and the general public should understand that there is no substantive difference between what the DSM calls PCBD and what the ICD calls PGD. (...) *The notion that symptoms of grief are normal but that a combination of their high intensity and long duration is abnormal reconciles the belief that all grief symptoms are normal, but not all grieving processes are normal.*”

Nel dibattito aperto riguardo le esigenze diagnostiche, credo siano molto importanti le osservazioni che vanno nella direzione di mettere in guardia da una patologizzazione del dolore. Si colloca tra questi la lettera accorata pubblicata in *Correspondence*, a firma di Joanne Cacciatore professore-PhD, all'Università dell'Arizona) e dello psichiatra Allen Frances (Professore del Dipartimento di Psichiatria della Duke University, Durham, North Carolina), pubblicata dal *Lancet* nel luglio 2022. Nella lettera gli autori americani sottolineano come la risposta al dolore sia individuale e dunque, sostengono, non possono esserci criteri così ristretti per quanto riguarda i sintomi; contestano inoltre che vi possa essere un limite temporale alla sofferenza per un lutto, soprattutto in situazioni particolari, e si dichiarano contrari alla patologizzazione e alla medicalizzazione del dolore, che vedono importanti implicazioni nell'utilizzo dei farmaci, e suggeriscono come codice di rimborso nei casi in cui vi sia una necessità di presa in carico per sofferenza psicologica *disturbo dell'adattamento*, ecc.:

“There is no uniform expiration date on normal grief. This is particularly true when the relationship with the person who died was very close or the death was catastrophic, such as deaths by suicide, homicide, or accident, or the death of child [...]. We realise that some griever, especially when their loss is catastrophic, might need psychological care. In those cases, adjustment disorder is a less risky and offensive reimbursement code...”.

Ampliano ulteriormente il discorso le riflessioni di Allan W. Horowitz e Jerome C. Wakefield, *La perdita della tristezza. Come la psichiatria ha trasformato la tristezza in depressione* del 2015 (2007), sulla creazione di una categoria diagnostica. Gli autori ribadiscono l'importanza di mantenere la categoria della tristezza distinta da quella patologica della depressione o di altro disturbo mentale, soprattutto nei casi di lutto e altre perdite importanti. Nella postfazione all'edizione italiana gli autori criticavano l'inserimento del *Persistent Complex Bereavement Disorder* (PCBD) nel DSM-5 che secondo loro si basava su studi non validati scientificamente. La loro ricerca empirica aveva infatti dimostrato che i criteri per la depressione (*Disturbo depressivo maggiore*, DDM) non dovevano escludere solo il lutto (*Bereavement exclusion BE*) come avvenuto per il DSM-4, ma anche altri tipi di perdite, come la morte di una persona cara, un divorzio, la disoccupazione... che andavano tenute distinte dalle condizioni depressive complicate: “La distinzione critica era non fra lutto e altre perdite ma fra condizioni non complicate conseguenti a una perdita e condizioni con sintomi particolarmente gravi – capaci di far pensare a una patologia – come

ideazioni suicidarie, compromissione funzionale marcata, autovalutazione patologica, o sintomi psicotici, o durata prolungata” (Wakefield e Horowitz, 2015, p. 405), per distinguere di fatto tra tristezza intensa normale e depressione.

Gli autori ricordano come il DSM-5 aveva introdotto il PCBD che si occupava dei sintomi non depressivi del lutto, non sottoposti a diagnosi di disturbo nel DSM prima del DSM-5 (quali struggimento per la persona perduta, il dolore per il ricordo, evitarne il ricordo, incredulità rispetto alla sua morte, preoccupazione per la persona deceduta o per le circostanze della morte, amarezza, rabbia per la perdita, biasimo verso se stessi e sensi di colpa, desiderio di riunirsi, solitudine, distacco, perdita di significato dell'esistenza, senso di vuoto (*ivi*, p. 424) e osservano: “I criteri diagnostici proposti specificano che se parecchi di questi sintomi persistono per oltre un anno dopo la perdita in maniera intensa, allora la reazione al lutto dev'essere considerata patologica [...]. Ma queste proposte hanno scarsa relazione con quanto le ricerche attuali mostrano, e cioè che molti soggetti, soprattutto quelli che hanno perso una persona a cui erano legati da uno stretto rapporto di dipendenza, continuano a progredire nella elaborazione del lutto e ad adattarsi sempre più alla perdita molto dopo i sei mesi o anche l'anno.” (Wakefield e Horowitz, 2015, pp. 424-25).

Concludono quindi denunciando il rischio forte di trovare molti falsi positivi nelle diagnosi, patologizzando così il lutto normale: “Pure qui abbiamo un alto potenziale per patologizzare massicciamente il lutto normale intenso, anche quando non sono presenti sintomi depressivi” (*ivi*, p. 425).

Per non rischiare di patologizzare la normalità, e “tutte le forme di afflizione” (*ivi*, p. 426) Wakefield in un intervento recente (22 aprile 2023) ai ‘Seminari Internazionali di Psicoterapia e Scienze Umane’ di Bologna, pubblicato ora sulla *Rivista di Psicoterapia e Scienze Umane* ritorna sui rischi della patologizzazione del dolore e critica duramente l'inserimento della categoria di *Prolonged Grief Disorder* sia nel ICD-11 (per pazienti con intenso dolore dopo 6 mesi) del 2019 che nel DSM-5-TR (per pazienti con intenso dolore dopo 12 mesi) perché rischiava appunto di collocare anche il lutto normale tra i disturbi mentali (Wakefield, 2023, pp. 563-584).

Nel suo articolo Wakefield riporta ricerche che mettono in dubbio la ‘concettualizzazione categoriale’ di lutto normale e PGD poiché ricorda come anche un ‘lutto normale’ possa avere una risposta del tutto soggettiva e variabile, inclusa una terribile intensità (abbiamo visto anche alcuni episodi allucinatori), senza per questo essere diagnosticabile come patologico; lo stesso dicasi per l'invalidità del fattore temporale messa in discussione

da diversi studi (diversità di relazione con il defunto, di attaccamento, di esperienze vissute in precedenza, di tipologia di perdita, di contesto culturale, ecc.); infine critica anche l'utilizzo di teorie stadiali per valorizzare la categoria di PGD secondo le quali si arriverebbe ad una risoluzione del lutto attraverso fasi diverse (cita Bonanno e Kaltman, 1999: il lutto come processo soggettivo di integrazione della perdita nella propria vita, Wakefield, 2023, p. 578), sostenendo la possibilità che esistano traiettorie di guarigione diverse, spesso protratte nel tempo, ma non 'interminabili' (cita le 'aspettative irrealistiche rispetto al dolore' in Bowlby, 1983).

Wakefield, alle cui riflessioni si rinvia, mette in discussione anche il criterio di compromissione funzionale in quanto – osserva – del tutto riscontrabile nel lutto normale e raccomanda a medici e psichiatri un'estrema cautela nell'utilizzo di questa categoria diagnostica specifica (per la quale sono in via di validazione, ricorda, farmaci specifici), pur riconoscendo aspetti patologici (Wakefield, 2023).

Breve excursus storico sulla morte e stare al cospetto del corpo

Per quanto riguarda la rappresentazione mentale della morte: “Secondo Jung [...] il linguaggio dell'inconscio è una preziosa fonte di informazioni sul significato ultimo del morire. Se l'inconscio è, come lui pensa, la ‘natura’ in noi (e non, come per Freud, un mero sottosuolo degli istinti repressi), e se la morte è un evento naturale, l'inconscio può percepirla, sintonizzarsi, captarne dei segnali, come quelli che ci rivelano alcuni sogni premonitori o certe immagini oniriche di chiara interpretazione” (Carotenuto, 1997, p. 67). “[...] solo attraverso un gioco di proiezioni e introiezioni di oggetti esterni il tremendo può essere riconosciuto e accettato. La rappresentazione mentale della morte segue differenti stadi: si tratta di una costruzione che assume inizialmente il volto di animali feroci sino ad arrivare a rappresentazioni antropomorfe nelle quali l'uomo, ancora immerso nel pensiero magico, comincia ad avvicinarsi a una dimensione di carattere più spirituale. L'analisi dei miti e delle leggende evidenzia come a stadi successivi di sviluppo si incontrino, nelle diverse culture, modalità differenti di raffigurazione del demone: ora lo si trova sotto le spoglie di lupo divorante, ora di serpente o cavallo, ora di drago o di uccello – che rappresenta la morte come spirito – ora di demonio che presenta fattezze umane. [...] la morte non è più vista come qualcosa di ‘irrazionale e cieco’ (Carotenuto, 1997, cita Herzog, 1960), ma come una divinità che agisce in base a un piano e un ordine ben determinato; trasformazione che testimonia l'evolversi della coscienza umana relativamente alla spiegazione della propria esistenza” (Carotenuto, 1997, p. 69, dalla negazione all'accettazione della morte, e della vita).

La concezione della morte, così come quella del corpo del defunto, variano nel corso dei secoli e dei luoghi; questo avviene in Occidente dapprima molto lentamente, poi dalla metà del XIX secolo con una forte accelerazione (Ariès, 2009, p. 68). *Fino all'Alto Medioevo (XII secolo)* lo storico Philippe Ariès parla di *'morte addomesticata'*, accettata con rassegnazione come parte della vita, con naturalezza, con la partecipazione della comunità tutta, attraverso una cerimonia pubblica organizzata: la camera del moribondo era un luogo 'pubblico', spesso sovraffollato, dove si entrava liberamente, e vi si conducevano anche i bambini, i rituali erano semplici, non drammatici; a questa morte gli uomini arrivavano pronti, tranne nei casi della *'morte terribile'*, come la peste o la morte improvvisa per malattia, di cui non si poteva parlare, e veniva presentata come eccezionale (Ariès, 1975, 2009, pp. 18ss.). La morte era considerata come un passaggio nelle raffigurazioni: "Il corpo mostrava i segni della malattia e del mortale passaggio attraverso la vita, ma il volto e in particolare lo sguardo restavano limpidi" infatti il corpo era la prigioniera dell'anima e la morte una liberazione che permetteva il ricongiungimento con Dio (Carotenuto, 1997, p. 32). La *'familiarità della morte'* prevedeva anche la *'coesistenza dei vivi e dei morti'* dal millennio precedente (Ariès, 2009, p. 26). "Lo spettacolo dei morti, le cui ossa affioravano alla superficie dei cimiteri, come il cranio di Amleto, non impressionava i vivi più dell'idea della propria morte" (Ariès, 2009, p. 33).

Per quanto riguarda il corpo del defunto, nell'alto Medioevo (e fino al Quattro e Cinquecento in Italia e Spagna) *"il corpo e il suo viso restavano visibili fino alla definitiva chiusura del sarcofago, e si scorgevano al di sopra della tomba, sulla bara, come sul letto al momento della morte"*, mentre in altri paesi dal XIII secolo *"l'esposizione del morto con il viso scoperto era diventata intollerabile"*, per cui i corpi venivano interamente cuciti in un lenzuolo funebre che celava completamente il corpo. In Italia e in Provenza ancora agli inizi del Novecento i corpi venivano deposti in sarcofagi di legno, ma il volto veniva lasciato visibile lasciando la bara (o metà bara) aperta fino al momento dell'inumazione (Ariès, 1980, pp. 192-93). Sottolinea Ariès come *"il rifiuto di vedere il corpo morto non era rifiuto dell'individualità fisica, ma rifiuto della morte carnale del corpo"*, nonostante il periodo fosse quello in cui l'arte accarezzava gli aspetti del macabro. In un momento successivo al lenzuolo in Occidente si aggiunse prima la bara, nuova forma di promozione sociale, diversa a seconda delle possibilità economiche (Vovelle, 1986, pp. 403ss., registra anche la contrarietà di chi nell'Illuminismo, preferisce che il corpo possa *'ingrassare la terra'*), poi il catafalco per nascondere *"la nudità del cadavere, prima così familiare"*

(Ariès, 1980, pp. 196-97), per 'sottrarre il corpo e il viso del morto allo sguardo dei vivi' (Ariès, 1980, p. 236), ma anche per il 'nuovo rispetto dovuto ai morti nella loro integrità fisica' (Vovelle, 1986, p. 404), "la tentazione di occultare questo morto la cui vista non si è più capaci di sopportare, e che si comincia ad esiliare in un cimitero lontano." (Vovelle, 1986, p. 405), un corpo nel tempo celato e vestito (ivi, p. 497n).

A partire dall'XI e XII secolo si verificarono dei cambiamenti: la morte diventava conoscenza della 'morte di sé', come individuo particolare, non più essere solo collettivo, ma individuo consapevole della propria individualità, si moriva secondo la propria vita, che successivamente *nel XV e XVI secolo*, diventerà morire bene ('la buona morte'): "L'iconografia delle *artes moriendi* riunisce dunque nella medesima scena la sicurezza di un rito collettivo e l'inquietudine di un interrogativo personale", riguardo il proprio destino: "la pesatura delle anime e le perorazioni degli intercessori" e come ci si comportava al cospetto della morte (Ariès, 2009, p. 40) per la salvezza di sé e la preoccupazione per la propria anima (Ariès, 2009, pp. 42ss.). Nello stesso periodo della diffusione delle xilografie delle *artes moriendi* (XV secolo) inizia anche la rappresentazione nell'arte e nella letteratura del cadavere putrefatto (soprattutto lo scheletro in stato di decomposizione nella danza macabra, che vuole trascinare con sé i vivi colti 'in atteggiamento stupefatto', Ariès, 1980, p. 132).

Dal XV e XVI secolo l'idea della morte fisica e della putrefazione vengono nascosti e nel XVI secolo scompare la parola cadavere (*charogne*) dai testamenti; la morte viene presentata "nella concezione serena della morte nel proprio letto" (Ariès, 2009, p. 42). Invece 'l'orrore della morte fisica e della decomposizione è un tema familiare alla poesia del XV e del XVI secolo' (*ibidem*), e sembra una presa di coscienza "della presenza universale della corruzione" (Ariès, 2009, p. 43), della putrefazione dall'interno degli esseri umani ancora in vita: "i sordidi liquidi del corpo, gli orridi segni della malattia, la disperazione" (vedi anche Ariès, 1980, pp. 136ss.).

Dalla fine del XVI e ancora nel XVIII secolo la morte inizia ad essere rappresentata come una rottura dell'ordine, non più con familiarità (pur restando presente nei teschi e nelle nature morte del '600); la morte come la sessualità vengono viste come appartenenti a sfere di trasgressione e si apre una visione che sarà poi quella romantica della morte al cui pensiero si poteva provare anche compiacimento (Ariès, 2009, pp. 50ss.). Siamo nel periodo

in cui la morte diventa la ‘morte dell’altro’, la morte del ‘tu’, un altro particolare, che porta in parte ad una morte di sé, e chi sta morendo viene evitato.

Già dalla fine del XV secolo i temi della morte avevano iniziato a lasciare intravedere un senso erotico; nei secoli successivi “innumerevoli scene o motivi, nell’arte e nella letteratura, associano la morte all’amore, Thanatos a Eros: temi erotico-macabri, o temi semplicemente morbosi, che testimoniano un estremo compiacimento agli spettacoli della morte, della sofferenza, dei supplizi”; una nuova concezione della morte come rottura, terrificante, che getta l’individuo “in un mondo irrazionale, violento e crudele” (Ariès, 2009, p. 51).

Cambia la società e i rapporti affettivi, cambia anche la rappresentazione della morte: “A partire dal XVIII secolo, l’uomo delle società occidentali tende a dare alla morte (dell’altro) un senso nuovo. L’esalta, la drammatizza, la vuole impressionante e dominante” (Ariès, 2009, pp. 52ss.). Mutamento questo che procede con la trasformazione della famiglia dove i rapporti iniziano ad essere ‘fondati sul sentimento e sull’affetto’ (ivi).

Alla fine del XVIII secolo la morte diventa ‘una rottura insieme attraente e terribile della familiarità quotidiana’ (Ariès, 2009, p. 127). I sopravvissuti esprimono con nuove intensità il dolore della separazione, la morte temuta non è la propria morte ma ‘la morte del tu’, dell’altro, che Ariès collega al moderno culto delle tombe e dei cimiteri. I morti acquisiscono una nuova importanza come parte della società e i cimiteri diventano luoghi dove potersi recare a visitare i propri morti, non più solo secondo il culto pubblico, ma anche in un culto privato (ivi, pp. 53, 59ss.).

Tra il ‘700 e l’800 si diffonde la letteratura cimiteriale in Inghilterra e in Francia (pre-Romanticismo) (*Lo spettacolo della morte*, p. 90); il moderno proliferare dei mezzi di comunicazione vede una “pluralità di messaggi veicolati dalla letteratura, dall’arte, dalla filosofia o dal nuovo discorso della scienza”, che indicano sensibilità diverse e un cambio dell’immaginario collettivo anche rispetto alla morte (Vovelle, 1986, p. 514). Le esequie civili si avevano solo per il rifiuto da parte del clero delle esequie per i casi di suicidio, nei casi di scomunica e per i peccatori, ecc. (*Lo spettacolo della morte*, p. 90).

Tra la seconda metà del XVIII secolo e il XIX secolo i due mondi sembrano trovare una diversa forma di comunicazione nella credenza nei fantasmi e nel ritorno delle anime morte (Ariès, 2009, pp. 50ss.); con la sensibilità romantica avrà grande diffusione lo spiritismo (Mesmer), (*Lo spettacolo della morte*, p. 84; Vovelle, 1986, p. 592ss.). Verso la metà dell’800 si impone l’usanza dei ritratti dei morti, in seguito sarà quella delle fotografie (cfr. la rappresentazione del corpo, Fernandez I., 2011),

che riprendono con attenzione il deterioramento dei corpi, la putrefazione rappresentata con sentimenti misti di orrore e fascinazione per un corpo puramente materiale che aveva perduto gli aspetti sovrannaturali: la decomposizione del corpo era vista allora come mero processo naturale, non più come segno di punizione divina (*Lo spettacolo della morte*, p. 95).

Alla fine '800, vuoi per ragioni materiali di mancanza di uno spazio adeguato all'esposizione della salma, soprattutto nelle case delle classi popolari, vuoi per una minore accettazione del contatto con i defunti da parte dei familiari e dei vicini, il 'modello triadico casa-chiesa-cimitero' declina (*Lo spettacolo della morte*, p. 91).

Dal '700 iniziano i servizi funerari e verso la fine del secolo la preparazione e la presentazione del cadavere (*Laying out*); è dal '900 che si assiste alla socializzazione e piena commercializzazione dei funerali (*funeral director* in America, *undertakers* in UK), che vedrà il prevalere dell'iniziativa privata (Vovelle, 1986, pp. 618ss.; *Lo spettacolo della morte*, p. 93; Ariès, 2009, pp. 216ss.).

L'esilio dei morti avviene nel corso del Settecento, con lo spostamento dell'inumazione dall'interno degli edifici del culto (*intra muros*) a fuori le mura, con la controversa questione dei luoghi di sepoltura, portata avanti dall'Illuminismo prima, per questioni di spazio e di igiene pubblica, secondo un "rapporto riformulato con il corpo del morto, con la presenza fisica dei defunti" (Vovelle, 1986, pp. 410ss., parla di "sostituzione della memoria all'evocazione della spoglia", la memoria attraverso monumenti e statue sostituisce il corpo, e allontana dalla "prossimità fisica del corpo", p. 415; sul dibattito cimiteriale assai noto il carme *Dei Sepolcri* di Foscolo, 1807, scritto dopo l'editto di Napoleone). Il nuovo regime funerario prende piede, i corpi devono essere sepolti in fosse individuali, abbastanza profonde da permettere la decomposizione, e uno spazio di cinque anni veniva ritenuto sufficiente per poter riutilizzare lo spazio (rotazione), mentre i ceti più abbienti chiedono di comprare spazi permanenti nei nuovi cimiteri creati fuori dalle città (Carol, 2023).

La stessa integrità del corpo diventa sempre più importante per le persone a lutto, e cambia la percezione delle autopsie e della disposizione dei corpi, fino ai secoli precedenti concessa su corpi anonimi di persone 'socialmente vulnerabili' o ai margini della società, come ricorda Carol (2023) nel suo studio dedicato

all'incidente ferroviario accaduto a Meudon, vicino a Parigi, l'8 maggio 1842, il primo incidente ferroviario che riguardava passeggeri in Francia (solo dal 1840 era stata aperta la linea ferroviaria): un incidente di massa, violento, improvviso, inaspettato, con grande sofferenza, un elevato numero di vittime, con corpi molto danneggiati e sfigurati, sia per l'impatto che per le conseguenze del fuoco, corpi molto distanti dall'immagine del corpo idealizzato come pacificato e dormiente, della transizione dell'epoca (Carol, 2023, p. 646, riportando le fonti dell'epoca, parla di *'agglomerated mass'* e *'composite material'*). La situazione fu così drammatica, di grande caos, che impose di procedere secondo improvvisazione rispetto alla nuova importanza che il corpo del defunto aveva assunto, alle necessità del culto dei morti; le stesse procedure di recupero e disposizione dei corpi avevano provocato ulteriori danni (*ibidem*). Visto l'elevato numero di vittime dell'incidente, i corpi furono usati anche per scopi scientifici: "The bodies of some victims were also used for medical research and experiments that interfered with the funerary process" (Carol, 2023, p. 646). L'incidente apriva l'era degli incidenti industriali, di cui mancava all'epoca una conoscenza e anche una cultura funeraria (*ibidem*).

Se fino al XIX secolo le variazioni nella concezione della morte nel mondo occidentale erano legate solo alla dimensione temporale, da questo momento viene introdotta una variazione nello spazio, visibile nei cimiteri e nell'arte funeraria, dove Inghilterra, America del Nord e parte dell'Europa nord-occidentale si differenziano da Francia, Germania e Italia; in questi paesi i monumenti diventano più 'complicati e figurativi', con un carattere 'esaltato e commovente del culto dei morti', fattore apparentemente dovuto non a motivi religiosi (Cristianesimo vs Protestantismo), ma all'origine positivista e probabilmente anche alle modificazioni socio-economiche del tempo (industrializzazione e urbanizzazione) (Ariès, 2009, pp. 63ss.).

Dalla seconda metà del XIX secolo e ancora di più nel secolo successivo la morte diventa proibita, un tabù, da nascondere, anche al moribondo stesso (*'la morte proibita'*, *'il gran rifiuto della morte'*) soprattutto nei paesi dove il culto dei morti non era stato considerato così importante come in Francia, Italia, Spagna (dall'America, all'Inghilterra e infine all'Europa, Ariès, 2009, pp. 63ss.); la morte dunque come un qualcosa di cui vergognarsi, così come le emozioni eccessive che dovevano essere nascoste, eventualmente gestite in privato, per 'evitare non più al moribondo, ma alla società, ai familiari stessi, il turbamento e l'emozione troppo forte, insostenibile, causata dall'orrore dell'agonia e dalla semplice presenza della morte nel pieno della

vita felice' (Ariès, 2009, p. 69). Si impone un veloce rientro alle proprie incombenze, nella società, e si assiste quasi ad un rifiuto del lutto; la morte si fa 'invisibile' (Ariès, 2009, *passim*).

Il processo diventa molto veloce tra il 1930 e il 1950 anche "con lo spostamento del luogo in cui si muore. Non si muore più in casa, in mezzo ai familiari, si muore all'ospedale, e da soli." (Ariès, 2009, p. 69). Dal momento che le cure vengono prestate in ospedale, *la morte viene medicalizzata*, diventa qualcosa di tecnico, talvolta decisa da medici: "La morte è stata scomposta, frazionata in una serie di piccole tappe di cui, in definitiva, non si sa quale sia la morte vera, quella in cui si è perduta la coscienza, o quella in cui è venuto meno il respiro. Tutte queste piccole morti silenziose hanno sostituito e cancellato la grande azione drammatica della morte, e nessuno ha più la forza o la pazienza di attendere per settimane un momento che ha perduto parte del suo significato" (Ariès, 2009, p. 70; posizione diversa di Vovelle, 1986, pp. 653 ss., che parla di sussurri e grida, un tabù delle pratiche, ma un grido della letteratura e dei romanzi, p. 666).⁵⁴

Nel 1955 Geoffry Gorer osserva come la morte sia divenuta non solo un tabù, ma addirittura oscena (*The Pornography of Death*), così come il processo naturale della corruzione del corpo viene percepito come disgustoso, non salutare, malato (Jonathan Dollimore, *Death, Desire and Loss in Western Culture*, p. 120; Testoni cita gli studi di Lévi-Strauss a proposito della categoria del putrido, della vita della carogna consumata dai vermi, come una "delle immagini più repellenti dinanzi alle quali possiamo trovarci" in quanto occidentali, se pur appartenente alla trasformazione naturale, p. 123).

Dollimore suggeriva (a differenza di Baumann e Baudrillard) che si potrà iniziare a considerare il ruolo *vitale* della morte nella cultura occidentale solo quando se ne sarà accettato il suo carattere profondamente e irriducibilmente 'traumatico', mentre ogni speranza di riuscire ad avere un'attitudine sana verso la morte e la perdita potrebbe essere vista essa stessa come sintomatica della negazione della morte, perché incapace di riconoscerne il carattere devastante per chi resta (Dollimore, pp. 123-26).

⁵⁴ La morte vicinissima "[...] nel romanzo poliziesco, nelle angosce del mondo urbano [...]; e l'intima associazione della morte, della crudeltà e del sesso [...]; è giocoforza ammettere che in questa letteratura di sfogo ad uso delle masse morte e sesso vanno allegramente d'accordo", Vovelle, 1986, p. 666.

Un libro importante da considerare è *Il libro contro la morte* di Elias Canetti (1905-1994), un libro che raccoglie appunti e riflessioni sulla morte a cui l'autore lavora per cinquant'anni, in un dialogo con il passato e con note sul suo presente; pubblicato solo postumo (2014, 2017): "noi viviamo davvero dei morti. Non oso pensare che cosa saremmo senza di loro". Tra gli spunti riportati da Canetti troviamo il diario di Franz Grillparzer (1791-1872): "Dal diario di Grillparzer, unica annotazione risalente al 1839. 'La domestica dei Fröhlich racconta che, quando era morto suo padre 'al quale voleva un gran bene', lei lo aveva aiutato a lavare e a vestire la salma, provando però orrore al contatto con la gelida rigidità del cadavere. A quel punto le era venuta un'idea: se 'una persona giovane e sana' si fosse distesa accanto a lui, forse il suo calore avrebbe potuto farlo tornare in vita. Perciò la notte, quando tutti dormivano, si era alzata, si era distesa accanto al padre e aveva resistito così l'intera notte. L'indomani gli altri in casa, constatandone l'assenza, la cercarono dappertutto, finché non la trovarono semiassiderata accanto alla salma. Una buona dose di botte fu la ricompensa per quel tentativo di terapia allopatrica'. C'è qualcosa di raccapricciante, ma anche di eroico in questa amorevole scempiaggine" (Canetti, 2017, p. 18).

Nel corso dei secoli cambia anche il modo in cui ci si rapporta al corpo del defunto.⁵⁵

"Parte del repertorio pittorico dell'epoca medievale rivela un singolare interesse per il momento del disfacimento del cadavere. Perché? Il cadavere è ancora un corpo, anche se spento perché privato ormai di quell'alito vitale che Dio infuse in Adamo; quello stesso Dio che dopo la caduta aveva pronunciato il terribile verdetto: 'Eri polvere della terra, e polvere della terra ritornerai'. E allora l'artista medievale spia quel processo di dissolvimento che rinnova in ogni uomo la fine di Adamo." (Carotenuto, 1997, p. 37).

La presenza della veglia al corpo, nelle società occidentali urbanizzate viene meno, mentre il commiato con la veglia persiste in alcune realtà rurali. Il saluto al corpo sembra spostarsi al momento del saluto alla bara dove il corpo riposa, alla celebrazione delle esequie, prima che queste vengano trasportate per la cremazione o per l'inumazione.

⁵⁵ Per la rappresentazione estetica del corpo, anche nelle fotografie, si veda Ingrid Fernandez (2011); sulla assenza della rappresentazione della morte negli Impressionisti, la presenza invece nell'Espressionismo, si veda Vovelle (1986), p. 656, e Kandel (2012), per Klimt (*Tod und Leben*, Morte e vita, dal 1908).

In alcune realtà il momento del saluto al corpo presso la camera mortuaria rimane importante. Ci sono state delle epoche storiche in cui il corpo veniva esposto, accompagnato, la veglia trascorreva in modo conviviale, anche bevendo alcolici e giocando alle carte, modalità questa osteggiata dalla Chiesa con reiterati tentativi di moderarla (*Lo spettacolo della morte*, 2011, p. 89). Alla fine del XVII secolo il mondo dei vivi sembra essere separato da quello dei morti e iniziano le *pratiche scientifiche sui cadaveri e i trattati medici sull'esame dei cadaveri* per studiare la complessità della morte (e della vita), della 'persistenza dell'essere' (Ariès, 1980, pp. 412ss.).

Nell'*Illuminismo* il pudore verso il corpo morto diventa più evidente: la cassa che conteneva il corpo doveva essere chiusa, la visita al morto veniva concessa solo ai parenti strettissimi, l'esposizione pubblica poteva avvenire solo nella bara (*Lo spettacolo della morte*, 2011, p. 67). Le guerre mettono in discussione i vivi in molti modi. Anche per la tragicità di un numero incredibile di corpi, il cui sangue imbeve il terreno e richiama altro sangue (Hillman, 2005, pp. 117ss.).⁵⁶

Davanti alla necessità di preservare i corpi per essere riportati e restituiti ai familiari, si assiste alla industrializzazione delle pratiche funerarie, come l'imbalsamazione che diventa una prassi a quel punto accettata (*Lo spettacolo della morte*, p. 96; Vovelle, 1986, p. 619). La veglia diventa il momento centrale del funerale, dove il cadavere imbalsamato viene esposto per più tempo nelle *funeral homes*, in Inghilterra inizialmente contrastati dalla Chiesa protestante (ivi, p. 99).

Nel XX secolo la morte viene allontanata dalla vita quotidiana. Dalla I guerra mondiale viene meno nei contesti urbani la pratica di tenere il defunto in casa, sia per gli spazi angusti, sia per *l'individualizzarsi della morte*, quel "processo di 'privatizzazione' della morte, iniziato nel XIX secolo, secondo cui il morto non appartiene più all'intera comunità, ma solo ai parenti e agli amici"; sempre più spesso il defunto viene lasciato nella camera mortuaria dell'ospedale e la morte medicalizzata (*Lo spettacolo della morte*, 117). Con l'individualizzarsi della morte, la morte stessa diventa un fenomeno da tacere, di cui vergognarsi, da nascondere

⁵⁶ Si veda in particolare il mito dei denti di drago che generano guerrieri, sepolti da Cadmo, fondatore di Tebe. La trattazione molto ampia di Hillman (2005) conduce anche ad *Ares krateròs*, di forza violenta, sovrannaturale, violenza ritualizzata nei campi di battaglia, "luogo dei sacrifici; della partecipazione a un sacramento. In questa storia di sangue si manifesta un dio, il che pone la guerra tra i fenomeni autenticamente religiosi [...] così terribile, così amata e così difficile da comprendere", ivi, p. 105.

anche al morente; la medicalizzazione stessa della morte comporta che all'approssimarsi della morte il malato venga trasferito in ospedale a morire, per “nascondere [...] separarlo dai vivi” e che venga accorciato il tempo del lutto (*Lo spettacolo della morte*, p. 119). “Una volta *evacuato il morto*, non si usa più visitare la sua tomba.” (Ariès, 2009, p. 72); la cremazione, all'epoca in cui Ariès scriveva molto diffusa in Inghilterra ad esempio, come “il mezzo più radicale per far scomparire e dimenticare tutto ciò che può restare del corpo, per annullarlo: *too final*” (Ariès, 2009, p. 72).⁵⁷ Ariès sembra suggerire come questo non avvenga per indifferenza verso il defunto, anzi la sofferenza per la perdita del congiunto se pur inespressa e nascosta sembra più grave (*ibidem*); rifuggire la morte si accompagna anche all'evitare la possibilità della sofferenza, della malattia, della tristezza, con “il dovere morale e l'obbligo sociale di contribuire alla felicità collettiva” (Ariès, 2009, p. 74).

Anche le pratiche di preparazione del corpo vengono ora volte a mantenere l'illusione della vita del corpo, “mascherare le apparenze della morte”, secondo una toilette funebre che mantenga un aspetto familiare e un atteggiamento sereno (*Lo spettacolo della morte*, p. 134).

Per alcuni autori la morte viene quasi ostentata in quella che diventa infine la commercializzazione della morte, l'“industria del morto” della fine del '900, con il ritorno della morte che trasforma i morti in consumatori finali (Vovelle, 1986, pp. 618ss., Ariès, p. 74); nel suo modo irriverente e dissacrante, Roach, 2005, osserva anche la prospettiva tecnico scientifica moderna secondo le diverse sensibilità, dal donare il corpo alla scienza, al compostaggio, pp. 201ss.).⁵⁸

⁵⁷ La *Cremation Society* in Inghilterra suscitò molte reazioni quando fece costruire un forno per procedere alla cremazione: l'ostilità dei cattolici per motivi religiosi, dagli americani per “una prassi tanatologica sempre più sofisticata, il cui scopo è di mantenere al cadavere un'illusoria integrità” (Vovelle, 1986, p. 588).

⁵⁸ Sempre in Inghilterra, la *Necropolis Society* aveva fatto brevettare negli anni '70 del 1800 “un *earth to earth coffin*, ossia una bara che agevola il ciclo naturale” (Vovelle, 1986, p. 588).

“È uno sviluppo in cui dapprima il rito magico con valenze esorcizzanti si sostituisce al senso di impotente sottomissione alle forze della natura, segue il predominio della religione e, poi, della cultura razionalizzante. L'atteggiamento razionale che sposta, cambia e radicalizza i termini della questione, sino a degenerare nella moderna attitudine alla rimozione in cui si evita, di nuovo, il confronto con la morte. Una simbolica analogia con la reazione di fuga e di abbandono del cadavere da parte delle antiche tribù dei takkui, o dei kubu, si può trovare negli attuali meccanismi di delega a professionisti esterni dei rituali legati alla morte, in questo ci si ‘libera’ velocemente quasi a non poterne sostenere il peso” (Carotenuto, 1997, p. 70). Più forte è il processo di rimozione della morte ‘più complesse e dirompenti’ le forme di confronto tra l’Io e l’Inconscio (Carotenuto, 1997, p. 70). “Considerare l’incontro con l’immagine della morte come rappresentativo di un processo di trasformazione e di ampliamento esistenziale significa distanziarsi da un piano in cui questa esperienza viene interpretata necessariamente come persecutoria o distruttrice” (Carotenuto, 1997, p. 71).

Durante le guerre la morte diventa anonima: durante la prima guerra mondiale il contatto con la morte si fa costante sul campo di battaglia e nelle trincee, nelle cataste di corpi martoriati, senza nome, senza volto (Gibelli, 2007); si assiste alle commemorazioni, nuovi riti e monumenti, sacrari al milite ignoto per i corpi non ritrovati, ‘la più impressionante celebrazione collettiva della morte’ (Vovelle, 1986, p. 577), ‘delle vittime dell’ecatombe bellica’ (ivi, p. 578).⁵⁹

“Io lo chiamo P., il pavone pratico, e voglio vedere per un momento tutto con i suoi occhi. P. vuole spianare tutti i cimiteri, prendono troppo spazio (...) P. vuole la Terra per i vivi; via i morti, perfino la brulla Luna gli pare troppo per loro, ma in una fase transitoria si potrebbe usarla al posto dei cimiteri. Tutto quello che è morto viene di tanto in tanto sparato sulla Luna. La Luna come mucchio di rifiuti e cimitero. Monumenti? E perché? Creano ostacoli nelle piazze e nelle strade. P. odia i morti, il posto che essi occupano, dappertutto si fanno largo.” (1963) “P. censura un giornale: così dovrebbe essere. Senza notizie sulle morti. Senza necrologi.” “Uccide i morti, nessun accenno, non vuole i malati, né la vecchiaia, ‘rieducazione dei medici’ ecc. ‘è convinto che vedendo un morto, ci si appesti per sempre e non si guarisca più” (nota del 1963, Canetti, 2017, pp. 115-16).

⁵⁹ Si veda anche Emilio Gentile, *Il culto del Littorio. La sacralizzazione della politica nell’Italia fascista*, Roma-Bari, Laterza, 1993.

Vovelle nel 1986 osservava una sorta di 'riscoperta della morte', nonostante la persistenza della commercializzazione, medicalizzazione della stessa, l'urbanizzazione, l'insediamento della società dei consumi, l'americанизazione del consumi; vedeva questa riscoperta non tanto negli atteggiamenti e nei rituali, quanto in una nuova presa di coscienza, accompagnata da un aumento delle pubblicazioni, anche scientifiche, dedicate al tema della morte, (Vovelle, 1986, pp. 669), e l'interesse degli studi aperti da Kübler-Ross dalla metà degli anni '60, volti a 'spezzare il silenzio instauratosi tra i vivi e colui ch'è prossimo a morire' (ivi, p. 679). Vovelle aggiunge a questa il 'ritorno della paura' nei corpi smembrati e mostrati nei prodotti di cultura di massa, la morte violenta, come addomesticamento della morte, tutt'altro che inoffensivo, amplificato dai media, nel dialogo tra chi produce questi prodotti culturali e chi li cerca (ivi, p. 682), (oggi in qualunque luogo e fascia oraria).

Gli anni più recenti del XXI secolo sembrano segnare un nuovo cambio di paradigma, sia per la consapevolezza dell'impotenza di fronte alla pandemia, sia per le nuove crisi e guerre che assumono una dimensione sempre più 'mondiale', sia per accelerazioni tecnologiche (imperscrutabili?).

L'interesse per il corpo morto entra sugli schermi secondo modalità diverse, dall'interesse di 'scienziati' (*Poor things*),⁶⁰ e medici legali in dialogo con ciò che i corpi morti raccontano sul tavolo delle autopsie (*NCIS*),⁶¹ alla cura con i tocchi gentili di chi si occupa dei defunti (*Departures*, 2008), solo alcuni tra i numerosi esempi.

Gli interventi di tanato-estesi secondo Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona (2020) possono essere annoverati tra nuove ritualità che aiutano anche a separarsi dai defunti, in un contesto come quello della cultura occidentale contemporanea che relega e nasconde i corpi nelle camere mortuarie (Testoni et al., 2020) con possibili conseguenze psicologiche che vanno a interferire con il processo del lutto (mentre la manipolazione estetica del

⁶⁰ Il film *Povere Creature!* (2023), film pluripremiato diretto da Yorgos Lanthimos.

⁶¹ Serie televisiva statunitense creata da Donald P. Bellisario e Don McGill, dedicata alle azioni di una squadra di agenti speciali del *Naval Criminal Investigative Service* (NCIS), trasmessa negli USA dal 2003 (in Italia dal 2005), tra le serie più viste negli Usa e moltissimi spettatori anche negli altri paesi, in Italia dal 2005 e tuttora in prima serata nella tv privata (nella celebrazione del corpo dei marines, della conflittualità tra agenzie governative, vi compare la figura del medico legale, delle sue riflessioni sulle autopsie; l'importanza del corpo, dei rituali di culture diverse, anche laddove resta un 'guscio vuoto'). https://it.wikipedia.org/wiki/NCIS_-_Unit%C3%A0_anticrimine

corpo dell'ultimo decennio potrebbe essere vista come un tentativo di trasformare la relazione di chi resta con il defunto). Nella società occidentale le persone sono sempre meno abituate a conoscere e occuparsi della fragilità materiale del corpo (*material fragility of the body*), poiché la malattia e la decomposizione dei corpi avvengono in altri luoghi (ospedali, cliniche, hospice, servizi funerari, ecc.) (Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona, 2020).

Per gli autori la negazione della morte troverebbe una spiegazione nella *Terror Management Theory* come “a psychological strategy for reducing the potentially debilitating existential terror elicited by mortality salience. By embracing cultural belief systems and adhering to the associated standards of value, individuals deny mortality and diminish death anxiety (Solomon et al., 2017)” (Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona, 2020, p. 3; vedi anche Testoni, 2021, ricorda il capostipite della TMT, Becker, pp. 48ss.). L'angoscia di morte può essere contenuta da sistemi culturali di credenze e valori e dalla negazione dell'essere mortali. Il disgusto con valenza culturale tra altre cose suscitato anche dalla malattia, dalla morte, da cadaveri, che porta le persone ad allontanarsi (Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona, 2020, citano gli studi trentennali di Paul Rozin dedicati al disgusto, p. 3). La separazione tra le persone a lutto e il corpo viene invece superata dalle arti visive (“the need to restore interaction between the bereaved and the corpse in order to modify the departed person's symbolic significance has become increasingly evident in the visual arts, wherein photographers, performers, videographers, and illustrators are encouraging us to look at death (Beattie, 2014)” (Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona, 2020, p. 4).

Sulla cultura patologizzante della morte e del cadavere è interessante l'articolo di Ingrid Fernandez (Università di Stanford), ‘The lives of corpses: Narratives of the image in American memorial photography’ (2011), che riflette sull'esclusione del cadavere come ‘forma di rifiuto’, di un occidente industrializzato affetto da un'attitudine necrofobica. Ingrid Fernandez (2011) sottolinea come i numerosi scritti che si concentrano sulla commemorazione del defunto, non si concentrino sul “cadavere in sé e sullo spazio marginale tra la morte medica e la completa scheletrizzazione del corpo carnoso”, dove invece il cadavere in decomposizione ‘è rappresentato come mostruoso’ (Ingrid Fernandez, 2011). Se nel XXI secolo fotografare un defunto può non essere così diffuso (se non nelle recenti consuetudini di far vedere il corpo ai parenti lontani in videochiamata), non era così nel passato. Nell'800 la rappresentazione del morto aveva la funzione di mostrarlo nella metafora

del sonno (*Last sleep style*), talvolta era l'unica foto esistente della persona, soprattutto nei casi di bambini (Fernandez, 2011, p. 347); nel '900 il defunto nella rappresentazione dei funerali perde la centralità dell'immagine per rispondere invece alla narrativa di chi resta, il radunarsi dei parenti, le disposizioni floreali, la lapide (Fernandez, 2011, pp. 347-48). La centralità del corpo che rappresentava la morte nuda e cruda lascia il posto alla narrazione fotografica dell'evento collocato nel tempo (Fernandez, 2011, p. 348).

Quella che Fernandez chiama 'la cancellazione del corpo' nelle immagini fotografiche avviene attraverso tre fasi: tra '800 e '900 il corpo era esposto ancora in casa, preparato dalla famiglia per l'ultima posa e per il funerale, in una parziale riconciliazione con la morte organica, appartenente al ciclo della vita come durante il Rinascimento, anche se ancora idealizzato (posa simile alla vita, o dormiente); nelle foto che la studiosa descrive si assiste ad una lotta tra l'immagine idealizzata e la realtà della morte (Fernandez, 2011, p. 349), che l'autrice assimila alla Danza della vita di Munch (1900) (Fernandez, 2011, pp. 350-51).

Nel XX secolo non si trovano più tra i servizi a scopo commemorativo pubblicizzati dai fotografi i ritratti post-mortem; il corpo resta sullo sfondo delle immagini, oppure nascosto da fiori e altre composizioni, o dalla foto del defunto quando ancora in vita (identità sociale *pre mortem*), disposto come oggetto tra gli altri; il corpo viene volutamente nascosto, nella rimozione degli aspetti ombra della morte (Fernandez, 2011, p. 352). "In molti casi, il corpo scompare; prende il suo posto un oggetto associato all'identità sociale *pre-mortem* del cadavere o all'esperienza dei vivi." (Fernandez, 2011, p. 347). "Nel ventesimo secolo diversi fattori hanno plasmato il rapporto tra vivi e morti, in particolare la guerra, i progressi tecnologici che promettono l'ottimizzazione e il prolungamento della vita e la monopolizzazione della morte da parte sia dell'industria medica che di quella funebre" (Fernandez, 2011, p. 353).

Ingrid Fernandez ricorda l'importanza delle trasformazioni tecnologiche nella guerra che distanziano la vittima dall'uccisore e rendono i corpi delle vittime puramente astratti, ad esempio con bombardamenti, che "vaporises' the unbearable physical reality of atrocity" (Fernandez, 2011, p. 354), la concretezza delle atrocità compiute viene meno con la deresponsabilizzazione di chi agisce senza vedere le reali conseguenze delle proprie azioni (sganciare bombe, missili, ecc.).

I corpi delle vittime diventano corpi da cancellare in modo sistematico e 'razionale', così in vita come in morte (cita *Se questo è un uomo*, Primo Levi) di cui disporre in modo efficiente come rifiuti, come nelle atrocità dei campi di concentramento che raggiunsero proporzioni inaudite (cita *La banalità del male*, di Hanna Arendt, sul caso Eichmann: 'stavo compiendo il mio dovere amministrativo') (Fernandez, 2011, p. 355). I corpi in seguito diventano corpi di cui viene dato solo il numero totale, in modo astratto, distanziati dai numeri, conteggi, ecc. o dal diaframma interposto dagli schermi di televisioni e computer: la violenza diventa spettacolo, ovunque e spettacolarizzata, dunque 'banale'.

Nelle fotografie *post-mortem* l'innaturalità emerge comunque dalla posa tutt'altro che naturale in cui viene disposto il corpo, nella tensione, quasi distorsione delle membra; alcune – ricorda Fernandez – tradiscono la decomposizione corporea pur cercando di far sembrare il corpo vivo, dove l'ambiguità tra presente e passato diventa pregnante (Fernandez, 2011, pp. 347-48).

La nascita della fotografia nell'800 corrispondeva alla necessità di registrare esattamente la realtà; il fotografo dava l'illusione di arrestare anche il processo di decomposizione del corpo e rendere un oggetto di contemplazione o desiderio immutabile nel tempo (Fernandez, 2011, p. 344 cita Barthes in *Camera lucida*, 1981 per cui la foto implicava invece la morte, il ritorno del defunto, soprattutto parlando del lutto della propria madre). Per l'autrice la foto diventa un processo di creazione: "la creazione dell'immagine che trascende i confini della morte sociale e del ciclo della vita umana", come gesto inconscio di creare un oggetto che vive al di là di categorie spazio temporali definite (Fernandez, 2011, p. 345), e che "sfidando la concezione binaria di vivo/morto permette la creazione di una forma indipendente di esistenza e temporalità" (Fernandez, 2011, p. 346) (la discussione porterebbe lontano, anche al discorso verità e reale nello stesso 'realismo' nel cinema).

Nel XX secolo ricorda Fernandez la presenza tangibile dell'ombra dell'esistenza umana lascia i rituali della vita quotidiana, la morte viene reclusa negli ospedali o altri luoghi lontani dalla vista pubblica e la sofferenza per il lutto rischia di diventare appannaggio dei professionisti nell'ambito della psicologia, o ricadere nella patologia: "The type of death signaled by the corpse as the tangible presence of the shadow of human existence, exited the ritual of daily life. The process of dying now occurred in hospitals and other places away from public view, and grief became the specialty of professionals in the field of

psychology who prevented survivors from losing themselves in endless mourning. Even today, mourning represents a rationalised and managed process that with proper assistance has a limited duration, an expiration date. Individuals who 'cannot get over a loss' fall into a dubious category of pathological melancholia (Tanner, 2006)" (citato da Fernandez, 2011, p. 355).

"Una volta che si verifica la morte medica, i sopravvissuti consegnano il corpo allo specialista delle pompe funebri, che organizza tutti i dettagli per garantire una corretta visione e uno smaltimento efficiente del cadavere. Questi professionisti della 'cura della morte' mediano l'intimità tra i sopravvissuti e il cadavere. Le pompe funebri soddisfano le esigenze dei vivi e relegano la presenza del cadavere sullo sfondo, un semplice dettaglio tra i tanti preparativi dell'evento commemorativo. Il cambiamento nella presenza del cadavere appare chiaramente in un confronto tra le fotografie funebri del diciannovesimo secolo e quelle del ventesimo secolo [...]". (Fernandez, 2011, p. 348)

Come sostiene Ingrid Fernandez, il corpo diventa un oggetto estetico, perde l'espressione facciale, diventa possesso delle agenzie funebri che lo trasformano attraverso l'imbalsamazione in uno spettacolo funebre piacevole, togliendo al corpo la sua ombra, una "sembianza vuota, letteralmente svuotata dalle sue sostanze inquinanti: la morte viene dissimulata, i viventi possono mantenere la distanza dalla loro corporeità" (*ibidem*).

Il funerale mette in collegamento persone che appartengono a sfere diverse della vita del defunto, che possono raccontare storie della loro interazione con il defunto; attività queste orientate ai sopravvissuti mentre aspetti più materiali della morte, come l'effettiva sepoltura o cremazione del cadavere, non sono solitamente visti dagli individui che partecipano al funerale: "Il vivente, attraverso un'attenta orchestrazione, limita l'influenza dell'ombra [...]. Questo rappresenta il cadavere prigioniero, pulito, imbalsamato e protetto, che diventa il simbolo della morte moderna" (*ibidem*).

L'evento della morte viene mascherato nella consuetudine americana dei servizi funerari da dopo la Guerra Civile che "con rapidi progressi nei settori dell'imbalsamazione e della conservazione" aveva permesso ai soldati morti di essere riportati a casa invece che essere sepolti "in una tomba anonima sul campo di battaglia. Naturalmente, questo processo, allora come oggi, ha un costo elevato per le famiglie." (Fernandez, 2011, p. 348)

A differenza degli Stati Uniti, dove il professionista delle pompe funebri ottenne uno status sociale più elevato come esperto, i direttori di pompe funebri in Inghilterra erano visti come commercianti e non riconosciuti come specialisti di alcun tipo dall'industria medica o dal governo. L'imbalsamazione era considerata assurda e molti individui espressero sorpresa per la popolarità della pratica negli Stati Uniti.

I servizi funebri di solito procedevano con una bara chiusa e il direttore delle pompe funebri istruito a chiudere la bara non appena i resti venivano posti al suo interno (Howarth e Mitford citati da Fernandez, 2011, p. 361): "L'interazione tra i vivi e i morti avviene in questo scambio di sguardi, il cadavere imprime la sua narrazione all'ignaro osservatore. L'ombra della morte impartisce un avvertimento ai vivi. Guardare il cadavere e il teschio sottostante come referenti all'interno del passato già evocato dal mezzo fotografico ci consente di abitare una serie di vite, inclusa la nostra stessa passata come potenziali cadaveri nel futuro" (Fernandez, 2011, p. 361).⁶²

Nel XXI secolo lo smaltimento dei morti viene istituzionalizzato e si verifica un'estrema "esclusione del processo incarnato della morte dal regno dei vivi. Questa soppressione ha dimensioni sia psicologiche che fisiche". La medicina e la tecnica vedono la morte come "fallimento e patologia non necessaria", segregata negli ospedali, "cercano di arrivare un giorno a sradicarla" (Fernandez, 2011, p. 361):

"L'industria funebre soddisfa il desiderio dei vivi di negare la decomposizione fisica, ristrutturando il cadavere per conservare una parvenza di vita o trovando oggetti sostitutivi che elidono la materialità organica umana. Le narrazioni della morte, come incarnate nel cadavere, disturbano i vivi. Il cadavere è quindi emarginato, messo a tacere e tolto dalla circolazione sia come materia fisica che come immagine. La morte come parte della vita, la sua ombra per così dire, incontra violenza e resistenza dal regno dei vivi: l'imbalsamazione mutila il cadavere, le bare lo contengono e i dolenti e gli oggetti di scena lo relegano ai margini della cornice fotografica." (Fernandez, 2011, p. 362).

⁶² "The interaction between the living and the dead takes place in this exchange of gazes, the corpse impressing its narrative upon the unsuspecting beholder. The shadow of death imparts a warning upon the living. Looking at the corpse and the underlying skull as referents within the pastness already invoked by the photographic medium allows us to inhabit a series of lifetimes, including our own pastness as potential corpses in the future" (Fernandez, 2011, p. 361).

E conclude la studiosa: “[...] gli aspetti meno ideali della morte e del cadavere come ombra continuano a perseguitare i vivi, imponendo una continuità proibita con la vita, diminuendo la vitalità ‘sociale’ (in contrapposizione a quella biologica) dell’ombra (i vivi che si muovono lentamente verso la morte) giorno dopo giorno” (Fernandez, 2011, p. 363).

Il potere del corpo del defunto è stato analizzato in diversi contesti: dalla morte e smembramento del corpo del re di cui disporre per assumerne il potere, assimilabile allo smembramento del dio nei riti cosmogonici o per rinnovare la fertilità nel rito di Osiride) (Frazer, 1957), alla distinzione tra un corpo fisico del re, mortale, separato da quello immortale, mistico, tramandabile (Kantorowicz, dualità del corpo del re); dall’importanza di parti di corpo negli antichi riti (reliquie), da incorporare per averne la potenza, da preservare per averne la protezione (la lingua di Sant’Antonio di Padova presente nella Basilica a lui intitolata), o per garantire l’effettiva morte (le mani di Ernesto Che Guevara, vedi Ciai, ‘Che Guevara, il segreto delle mani amputate’, *La Repubblica* del 31/10/2005).

Corpi morti da *esibire ed esporre o nascondere*, come dimostrano le traversie di alcuni corpi nel corso delle diverse epoche storiche, dal corpo del Che Guevara (*ibidem*), a quello di Mussolini (Luzzatto, 1998), corpo che viene trafugato, perso, nascosto, riesumato e riportato a diventare luogo di pellegrinaggio delle nostalgie fasciste nell’Italia repubblicana (Predappio); da quello di Stalin a quello di Mao, al corpo di Evita Peron... Corpi talvolta scomodi come quello del dissidente russo, Alexei Navalny, morto nella colonia penale di Charp, il 16 febbraio 2024, mostrato alla madre cinque giorni dopo il decesso, e i cui funerali sono stati permessi a Mosca, il 1 marzo 2024. Corpi da barattare, come gli ostaggi israeliani dopo la strage di ottobre 2023. Corpi da mostrare senza pudore, come messaggio della fine di un leader (capo di Hamas, ottobre 2024), ecc., ‘corpi di potere’ o temuti dal potere, sepolture anonime per evitare il culto (vedi italiani sepolti da austriaci, corpi mai ritrovati, corpo di alcuni leader, da Mussolini a Osama Bin Lader o Gheddaffi).

Come ricorda lo storico Emilio Gentile a proposito del culto dell’eroe, il corpo andava preservato per il passaggio nell’aldilà o perché venisse conservato al passare del tempo, corpi che continuano a comunicare, in processi di ‘manipolazione posteriore della memoria’, dal corpo dei santi, reliquie ad alto valore simbolico, anche per i nemici, oltraggiati, raramente distrutti (Paolo Mieli, *Passato e Presente*, 7 novembre 2024, Cesare

Battisti: scattare foto per rendere la scena di quel corpo immortale “già consapevoli della storia vogliono esibire un trofeo, ma creano un martire”, “riti quasi cannibaleschi collettivi”, molteplici trafugamenti della salma di Mussolini come raccontato da Sergio Luzzato (1998), sepolto a Predappio un decennio dopo, con il benestare della Democrazia Cristiana per avere il sostegno politico del Movimento sociale italiano; l'esposizione del corpo morto (i luoghi simbolici: Piazzale Loreto come luogo dove venivano esposti i partigiani uccisi dai nazifascisti; il corpo di Cesaulescu, l'accanimento che dà maggior potere al corpo dell'ucciso, “trapasso di potere, il nuovo che liquida il vecchio”, “violenza rimossa perché indicibile” e per la necessità di riportare l'ordine (cfr. l'articolo di Monica Ronchini ‘L'incontro con la salma: alcune considerazioni antropologiche’, 2025); ma anche il corpo di Evita Peron: un “nascondimento fa sì che il culto continui per generazioni”; il corpo di Che Guevara, leader quasi santificati o resi delle star.⁶³

Al cospetto della morte. Due narrazioni sull'esperienza della salma: Ian McEwan, *Lezioni* (2023) e *Demon Copperhead* (2023) di Barbara Kingsolver

Non esiste un'esperienza univoca rispetto al corpo di un defunto. Il sentire dei familiari, anche dello stesso nucleo familiare, della comunità, può essere molto diverso; dalla letteratura contemporanea solo alcuni spunti tra i molti possibili.

A conclusione di questa sezione riportiamo due coinvolgenti narrazioni dell'esperienza della salma, consapevoli di quanto il racconto di esperienze e casi, ma anche la narrazione letteraria, possano farci comprendere i fenomeni dall'interno.

La prima un estratto dall'ultimo libro di Ian McEwan, *Lezioni* (2023). Nel libro la vita del protagonista, Roland Baines, scivola tra gli avvenimenti storici dagli anni '50 ad oggi, segnata dal trasferimento dalla Libia, dov'era d'istanza il padre, all'Inghilterra, per frequentare il college, e dal ‘danno’ subito: per le dinamiche interne alla sua famiglia e ai suoi segreti, per l'abuso da parte della sua insegnante di piano. L'esperienza straniante, quella dell'ultimo saluto al padre con cui i rapporti erano stati inizialmente difficili, poi inesistenti; la salma preparata dall'impresario funebre era irriconoscibile:

⁶³ Il culto del leader sembra ‘sostituire reliquie del santo’, (si veda la discussione sull'imbalsamazione di Lenin, per costruirne il mito, a cui si opponeva Trotzky, mentre era favorevole Stalin (vedi ‘Lenin's embalmers’, laboratorio permanente, anche per Stalin e Ho Chi Min (*Lo spettacolo della morte*, p. 131).

“E comunque era stato commesso un errore imbarazzante. Questo non era lui. Spariti i baffetti a spazzola che si era fatto crescere durante la guerra [...]. La bocca era un’immensa fessura sorridente, una specie di buca delle lettere intorno alla quale si distribuiva il resto della faccia. E che disegnava di traverso sulla fronte un cipiglio pensoso diverso dal suo. [...] L’impresario funebre lo anticipò pacatamente. – È suo padre, il maggiore Robert Baines. È probabile che avesse la bocca aperta al momento del trapasso. I muscoli naturalmente non si sono ancora rilassati – Capisco – Mi dispiace. Ora immagino che le serva un minuto da solo. – Le spiacerrebbe spegnere questo rumore (‘tranquilla musica New Age’...). Roland restò in piedi. Allungò una mano sul petto di suo padre. Mogano freddo sotto la camicia di cotone leggero. Non c’era niente di stupefacente né di orribile in un cadavere, dopo tutto. Semplice, banale assenza. Cos’altro si sarebbe aspettato? Che facile tentazione credere all’anima, a qualcosa che fosse volato via. Scrutò gli occhi chiusi dentro la bara, non alla ricerca di una verità definitiva sul volto sconosciuto del Maggiore, ma di una sua sensazione, una sua decorosa tristezza. Ma non sentì nulla, nessun sollievo, nessuna rabbia colpevolizzante, neppure un intorpidimento. Il suo unico pensiero era andare via. Come durante l’imbarazzo di una visita in ospedale quando non si sa più cosa dire. A trattenerlo era quello che Mr Bromley avrebbe potuto pensare di un uomo che non è in grado di trattenersi cinque minuti davanti alle spoglie del padre. Lui però era proprio quell’uomo. Il genere di uomo che, facendosi guidare da decine di film semidimenticati, si china sulla bara per un ultimo bacio. Solo che nel suo caso sarebbe stato anche il primo. La fronte era più fredda del petto. Mentre si sollevava si sentì sulle labbra il sapore di un profumo. Si pulì la bocca con il dorso della mano e uscì.” (McEwan, pp. 343-45).

La seconda narrazione la troviamo in *Demon Copperhead* (2023) di Barbara Kingsolver. Il romanzo di Barbara Kingsolver, *Demon Copperhead* (Premio Pulitzer 2023) è una lettura che immerge nei panorami devastati dai danni dell’uso improprio dell’Oxicodone, del Fentanyl e di altri oppioidi sintetici (emergenza sanitaria per l’Organizzazione Mondiale della Sanità). Ispirato, come dichiarato dalla stessa autrice al *David Copperfield* (1849-1850) di Charles Dickens, il romanzo *Demon Copperhead* mantiene una simile descrizione della miseria degli ultimi ma si differenzia per la zona di ambientazione: la regione montuosa degli Appalachi meridionali, devastata dalla crisi economica, sociale e culturale dalla fine degli anni ’90.

Kingolsver traccia la storia di autodistruzione del protagonista e con lui di un'intera generazione; crea però anche una storia di incredibile resilienza, e di denuncia delle responsabilità della casa farmaceutica produttrice (e dei medici che negli anni '90 lo avevano prescritto con leggerezza) per la diffusione degli oppioidi legali in funzione analgesica nel dolore cronico, ma anche del mercato illegale.⁶⁴

Nel contesto di questo lavoro il romanzo offre una descrizione narrativa di tre momenti cruciali: la comunicazione di una notizia tragica, cioè della morte della madre al protagonista, il momento della veglia e dei pensieri che assalgono il ragazzo e infine l'ultimo saluto alla bara. La comunicazione della morte improvvisa della madre viene data a Demon Copperhead dalla signorina Barks, la distratta assistente sociale, responsabile dell'affidamento del protagonista a diverse famiglie disfunzionali, a causa della dipendenza della madre da sostanze (e da una relazione con un uomo violento); alla notizia, che la stessa Barks non sa gestire, le reazioni del ragazzo sono di incredulità, negazione e forte rabbia:

“La signorina Barks cominciò a piangere... ‘Mi dispiace così tanto. È tua madre’. ‘Cos’è mia madre’. ‘È una brutta notizia’. Ovviamente questo è il punto in cui mi perdo, dicendo Dio mio si è ubriacata di nuovo o ha preso delle pillole e non potrò tornare a casa per il Natale perché è un maledettamente c. di merda.’ Sto lanciando bombe c. sulla signorina Barks a destra e a manca, e lei alza la mano dicendo ‘No, no. Questo davvero non lo so. Ascolta. La mamma è morta’. Assolutamente no. No. Non ho altro da dire qui, mi alzo dalla sedia per andarmene, andare in ufficio e chiamare Mamma al lavoro o non so che cosa mentre la signorina Barks continua a dire di sì, le dispiace, ma è vero. È così tanto dispiaciuta. Le ho detto che non le credevo, ma se era vero, allora di cosa era morta, e la signorina Barks ha detto oxy. Che crediate o no ho dovuto chiedere. ‘Cos’è l’oxy?’” (p. 106)

L'OxyContin, ossicodone cloridrato, è uno dei farmaci oppioidi; nel 2021 c'era stato un aumento del numero di decessi per overdose da oppioidi negli USA, più di 100 mila casi, il 15%

⁶⁴ Il Fentanyl, oppioide sintetico noto anche come la droga degli zombie nel suo uso illegale, per i potenti effetti sedativi e per gli effetti di ulcerazione agli arti se tagliata con xilazina; inoltre altri effetti importanti: 3mg possono essere letali, si legano molto più potentemente ai recettori cerebrali degli oppioidi di eroina e morfina; si veda la Newsletter Fondazione Veronesi Fazion, C., ‘Il fentanyl preoccupa anche in Italia?’, in *Fondazione Veronesi Magazine*, 14/05/2024, <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/neuroscienze/il-fentanyl-preoccupa-anche-in-italia>

in più rispetto all'anno precedente, un milione dall'inizio della raccolta dati nel 2000, come dichiarato dai Centri americani per la prevenzione e il controllo delle malattie (US CDC), il 70 % causato dal Fentanyl, usato anche per i suoi effetti antidepressivi e contro l'ansia (vedi Schreiber, *The Guardian*, 11/05/2022; sul Netazene e Xylazine, nuove droghe sintetiche oppioidi, in diffusione ora anche in Europa, vedi Harris Green, *The Guardian*, 25/09/2024).

Nel romanzo in un momento successivo assistiamo alla veglia funebre e alla dissonanza che il protagonista avverte tra ciò che la madre era in vita, le sue credenze, e come invece la vede preparata nel feretro, i sensi di colpa, i pensieri lucidi e l'umorismo caustico che caratterizza le riflessioni del protagonista, i sentimenti di forte rabbia come difesa dalla frammentazione: "La veglia funebre e il funerale furono un momento di vergogna per questa ragazza che se n'era andata e che aveva abbandonato suo figlio [...]. Il bambino non deve sentire. Come se non sapessi di chi era la colpa. La mamma aveva promesso di restare pulita finché fossi stato un figlio abbastanza bravo da far sì che ne valesse la pena. Ne ero sicuro, merda. Nessuno me lo poteva nascondere. Ora che avevo undici anni. Tutto riguardo il funerale fu sbagliato. Prima di tutto essere in chiesa, cosa che immagino fosse necessaria, ma la chiesa e Mamma non erano amiche [...] la mamma diceva sempre che non si sarebbe fatta trovare morta in chiesa" (Kingsolver, 2023, p. 107).

"Ed eccola lì, perso ogni battaglia fino alla fine, in una bara bianca di Walmart, l'altro posto che più odiava [...]. Era vista da mezza città e sepolta in uno stupido vestito a fiori che indossava solo per lavorare" (Kingsolver, 2023, p. 108).

"La signora Peggot da parte sua continuava a darmi da mangiare e a dirmi che Mamma mi amava più di ogni altra cosa al mondo, cosa carina da dirmi, anche se continuavo a pensare: non proprio. Amava di più la sua droga. Se la versione di me adulta potesse avere una sola possibilità di tornare indietro in questa storia, una parte di me vorrebbe potermi sedere sul banco in fondo con quel ragazzino incazzato con i suoi abiti da chiesa troppo stretti e l'atteggiamento di DarkHawk, e dirgli: Pensi di essere un gigante ma sei un puntino così piccolo in questo mondo incasinato. Non si tratta di te. Ma avrei sprecato la mia occasione, perché il ragazzo non era dell'umore giusto per ascoltarlo. Posso ancora sentire nelle mie ossa come essere arrabbiato fosse l'unica cosa che mi teneva insieme. Arrabbiato con tutti, ma soprattutto con lei [...]" (Kingsolver, 2023, p. 109).

Infine il momento del funerale impresso suo malgrado in modo indelebile nei ricordi, momento in cui Demon presta l'ultimo saluto alla salma, nel continuo fluire dei suoi ricordi e

dei suoi pensieri: “Invece riesco a ricordare ogni singola cosa del funerale. Quel giorno è fissato forte e duro nel mio cervello come questa roccia mostruosa nell’oceano in attesa di distruggermi. Volesse Dio che lasciasse il mio cervello. Invece resta. Tutto. I calzini neri presi in prestito dal signor Peg perché ero troppo grande per tutti tranne quelli da ginnastica. L’odore del sudore e del lucido da scarpe. Il verde dentifricio delle pareti, un colore che Mamma odiava. Il suono dell’organo tremante, vecchie signore puzzolenti di profumo [...]. Le persone della chiesa sembravano estranee [...] ma non vedevo volti, solo cuori duri come la roccia. Pensavano tutti che la madre se la fosse cercata da sola e che avrebbe fatto l’ultimo passaggio che meritava, in quella bara bianca da quattro soldi. In questi momenti viene fuori il lato meschino delle persone, quando la loro unica preoccupazione è cos’abbia fatto la persona sfortunata per mettersi in quella triste situazione. Il predicatore e il sermone, il peccato e la carne... Non stavo ascoltando. Stavo pensando alla presenza del mio fratellino in quella bara con lei. Non mi era venuto in mente fino a quando non ero salito a vederla con la signora Peggot” (Kingsolver, 2023, p. 109).

La signora Peggot, la vicina che si era in parte presa cura di lui nei momenti in cui la madre non era in grado di farlo, diventa una presenza a suo modo affettiva, e che si fa portatrice delle pratiche secondo il senso comune, di accompagnare il ragazzo a dare l’ultimo saluto (dissociazione), e a permettere l’improvvisa realizzazione che assieme alla madre in grembo, c’era il fratellino: “Ha dato una pacca alla mamma sulla sua mano morta e ha detto ‘Povera piccola mamma, hai fatto del tuo meglio’, ed è lì che mi ha colpito: mio fratello era in quella bara. Sono stato derubato. Che dannato spreco. Non avevo intenzione di andarla a vedere lassù [...] e d’altronde quale bambino vuole avvicinarsi così tanto ad un corpo morto, per non parlare di quello della propria madre? Il mio piano era di trattenermi in fondo alla chiesa e lasciare la vista agli altri. Ma la signora Peggot mi teneva d’occhio, e subito prima che fosse il momento di sedersi, mi disse che me ne sarei pentito per sempre se non fossi andato a dirle addio prima che chiudessero la bara” (Kingsolver, 2023, p. 110).

“Non mi era ancora stato chiaro che stavano per chiuderla lì dentro. Definitivamente. Lascio che la signora Peggot mi prenda per le spalle e mi accompagni lungo la navata. E ciò nonostante non dissi addio. Troppo scioccato. Non soltanto dal suo essere morta, cosa che era prevedibile. E la parte riguardante il mio fratellino, inaspettata. La cosa peggiore era quanto sembrava incazzata. Ho sentito dire che il morto sembra in pace quando vengono sepolti, ma non hanno visto la Mamma quel giorno. Se io ero scottato per questo, lei era giustamente scottata (sconfitta?). Mi incasinavo la testa riguardo la mia teoria sul fatto che

era scappata e di averla fatta franca. Così sedetti in quella chiesa odiando il mondo. Il servizio funebre durò un'eternità, e la sepoltura ancora di più" (Kingsolver, 2023, p. III).

"Non si udiva il minimo respiro. Chi dormiva aveva il lenzuolo tirato sopra la testa; e, sotto il lenzuolo, sporgeva, confusa, la forma delle membra [...]. Vicino ai piedi, un mucchio di merletti; e tra i merletti, sporgendo dal lenzuolo, biancheggiava la punta di un piede nudo; bianco come il marmo e spaventosamente immobile. Più il principe la guardava, più silenziosa e morta gli sembrava quella stanza. A un tratto, si udì un ronzio; una mosca volò sul letto e si posò sul guanciale. Il principe rabbrivì". (Dostoevskij, L'idiota, Newton Company, (1868-1869) 2015, p. 503).

PARTE II

Riflessioni in margine al vedere o non vedere il corpo

La paura del corpo morto tocca ambiti diversi, dalla paura del contagio e dagli aspetti igienici, al timore della decomposizione e delle mutilazioni, che in alcune culture impediscono all'anima del defunto di procedere nell'Aldilà, o di rinascere. Nella mitologia giapponese, Izanami in decomposizione mette in fuga dal sottosuolo lo sposo Iranagi, in analogia con il mito greco di Orfeo e Euridice e i riti di fecondità (Carotenuto, 1997, p. 62).

Vedere il corpo è parte essenziale del processo del lutto? La letteratura pur non univoca sembra andare nella direzione dell'importanza di vedere il corpo per accomiarsi da una persona cara deceduta. Esistono comunque differenze importanti tra i diversi paesi all'interno della stessa società occidentale, sia per come il corpo o i suoi resti vengono trattati (elementi di tanato cosmesi o meno, imbalsamazione, cremazione, ecc.), ma soprattutto per il significato personale e sociale che l'esperienza assume, per la comunità, per lo stesso processo del lutto. Lo stesso dicasi per ritualità e funerali. Parkes riporta discussioni riguardo funerali esagerati, rispetto a scelte più marcate dalla semplicità, ma anche l'importanza per alcune persone di questi momenti per ripristinare una perduta serenità dopo immagini intense ad esempio di decessi per incidente (Parkes, 1980, pp. 173ss.): "Una morte dolorosa, una salma mutilata o contorta, possono ossessionare la memoria di chi è in cordoglio e sbarrare la via a ricordi più felici dell'estinto". Parkes riporta il racconto di una donna che ricordava il volto mutilato del fratello morto in un incidente d'auto, come se le mostrassero una diapositiva (Parkes, 1980, p. 174): "Ma questo ricordo fu un poco mitigato dal ricordo del funerale che era stato 'bellissimo' [...]. Importanza del sostegno sociale espresso nel funerale, vissuto soprattutto positivamente" (Parkes, 1980, p. 175).

Come ricorda Tony Walter, accomiarsi dal corpo in alcune realtà mantiene un significato religioso oltre che sociale. Se nel Regno Unito il momento di vedere il corpo fa parte del rito funebre e avviene prima del funerale, negli Stati Uniti il corpo viene modificato con interventi di tanato cosmesi affinché sia assimilabile ad un corpo dormiente e pacificato, che può essere visto anche qualche giorno prima del funerale da tutta la comunità che si accomiata in questo modo dal corpo morto al suo cospetto (intervista su *Faculti*, 2016, 28 Novembre). Nell'Irlanda cattolica troviamo l'usanza della comunità di vedere il corpo, ma questo non è sottoposto a tanato cosmesi: è un corpo morto, non dormiente (*ibidem*).

In Inghilterra, la visione del corpo è un'esperienza privata, per la quale spesso è richiesto il permesso della famiglia o del direttore del funerale, non un'esperienza con partecipazione comunitaria (*ibidem*). Un'esperienza quindi che assume significati differenti nei diversi paesi, così come accade con il processo della cremazione: mentre in Inghilterra i resti cremati vengono restituiti alle famiglie, che possono vederle e disporne a piacimento, tenerle per quanto tempo desiderano, seppellirle nel giardino, o disporne in altro modo a loro scelta, in altri paesi continentali (l'autore cita la Svezia e la Germania) è invece solo il personale addetto che può trattare le ceneri e i familiari non le possono avere (*ibidem*).

Diversamente in Giappone dove i membri della famiglia assistono a tutta la cerimonia, partecipano alla cremazione, vedono il fuoco, condividono un momento conviviale in un altro luogo del crematorio, poi seguono il processo, con le bacchette raccolgono le ceneri nel recipiente per disporne in un secondo momento. Walter osserva come la società cambia anche rispetto alle usanze di disposizione del corpo, dalla mummificazione, mummie che in molti musei sono esposte (oltre alle mummie egizie, Ötzi nel Museo Archeologico dell'Alto Adige di Bolzano), resti mummificati per cause accidentali o volontariamente, fino alla più recente tecnica della plastinazione, ideata dall'anatomopatologo tedesco Gunther von Hagens, che permette la conservazione nel tempo dei corpi attraverso imbalsamazione e modellazione della postura, corpi esibiti in mostre (*Körperwelten*, o *Body Worlds*), con dichiarati intenti didattico scientifici: forme d'arte per alcuni, da altri criticate come spettacolarizzazione della morte (Roach, 2005; Gwénaëlle, 2011).

A questo proposito nella sua intervista Walter solleva un importante interrogativo: come vengono lette queste esposizioni dalle persone che visitano il museo? (*Faculti*, 2016).

Al riguardo si veda anche la discussione rispetto a come vanno considerati i corpi sottoposti a plastinazione ed esposti nella esibizione anatomica “Our Body”, non solo per gli intenti commerciali dell’esposizione e per il dubbio rispetto al consenso dato dalle persone, ma anche perché considerata una violazione della dignità e del rispetto dovuto ai corpi umani dei deceduti (se non sono persone, né corpi, né oggetti commerciabili, su cosa si basano le argomentazioni riguardo al rispetto del cadavere si chiede l’articolo pubblicato su *Medicine & Droit*, ‘Les “plastinas” ne sont ni des personnes, ni des objets, ni de simple matieres commerciales’, Gwénaëlle, 2011). Sulle implicazioni etiche dell’esposizione di resti umani in ambito museale iniziano a interrogarsi gli stessi musei (Scuola IMT Alti Studi di Lucca, Museo egizio di Torino, ecc.). Tra i nuovi modi di pensare e lasciare andare i resti umani, Roach distingue il momento della memoria del defunto, dal processo di smaltimento del corpo, e descrive alcuni dei tentativi moderni di superamento della cremazione per motivi ecologici, attraverso forme di scomposizione e riduzione a compostaggio (Roach, 2005, pp. 201ss.).

“Quanto alla morte, essa compromette le potenzialità del corpo. Lo danneggia irreparabilmente, e precipita tutte le sue facoltà nell’abisso della morte. Trasformandolo in cadavere, lo rende motivo di imbarazzo e di minaccia, un resto che suscita lamento e disgusto. Vorremmo mostrare che il corpo privato della vita non è visto negativamente nelle nostre società attaccate al corpo. Certo, rovina tutto quanto precedentemente investito nel corpo, ma dà anche luogo a interpretazioni, disposizioni e tecniche, per indurre una certa reversibilità dalla morte alla vita. Si tratta di utilizzare il cadavere per la fecondazione, la conoscenza, la conservazione, la riabilitazione e l’affermazione della vita. Si tratta insomma di riciclarlo in modi diversi, utilizzandolo per coltivare piante, incrementare la coscienza, trapiantare organi, prelevare tessuti, estetizzare resti.” (Hintermeyer, P., 2024, *Recyclage post mortem du corps humain*).

(Dov’è la sacralità, dove il mistero?).

La concretezza della morte: la salma

Il corpo del defunto permette di constatare l’effettiva realtà della morte. La presenza del corpo permette di uscire da un tempo che resta sospeso quando manca la salma e vedere la salma sembra avere rilevanza fondamentale perché il lutto abbia inizio, per verificare e accettare la realtà della morte, quasi un ‘toccare con mano’. Ciononostante approcciarsi alla salma di una persona cara morta, soprattutto a seguito di morte accidentale e improvvisa, richiede di tenere in considerazione delle necessarie cautele.

La *morte improvvisa o accidentale* impedisce ai familiari la possibilità di accomiarsi dal proprio caro, di accompagnarlo in modo graduale verso la morte, come avviene invece nella malattia, che permette di prepararsi alla separazione (lutto anticipatorio come protettivo) spesso in luoghi adatti a questo passaggio. Per i familiari diventa più difficile credere nella realtà di quanto viene loro comunicato (importanza della comunicazione delle *bad news*), comprendere le parole che vengono dette, capire come agire e scegliere se vedere il corpo e come. Nel caso vi siano poi inchieste giudiziarie aperte la difficoltà consiste anche nel capire le varie implicazioni, ad esempio il motivo per cui non sia possibile recarsi dalla persona cara, o disporre del corpo come si vorrebbe: i familiari possono sentirsi spodestati del corpo della persona defunta.

Morte improvvisa, irrealtà della perdita: ricorda Parkes, come le morti improvvise – che comprendono oltre al suicidio la morte accidentale, condizioni mediche, omicidio – rendono il lutto più difficile proprio perché colgono impreparati e lasciano le persone attonite con un forte senso di irrealtà della perdita: “[...] similar sudden deaths are often more difficult to grieve than other deaths in which there is some prior warning that death is imminent” (Parkes, 1975). I sensi di colpa presenti dopo ogni morte, sono più esacerbati nei casi di morte improvvisa, espressi con “if only”, se solo avessi/ non avessi fatto/detto...:

“Over the past decade we have seen an increase in sudden deaths, especially violent deaths, terrorist activities, school shootings, drive-by shootings, earthquakes, and airplane disasters all attest to this. A sudden death usually leaves survivors with a sense of *unreality* about the loss. [...] It is not unusual for the survivor to feel numb and to walk around in a daze following such a loss. It is common for the survivor to experience nightmares and intrusive images after a sudden loss, even though they were not present at the time of the death” (Worden, 2008, p. 188).

Quali sono gli aspetti importanti da considerare quindi per chi viene attivato ad assistere i familiari nei casi di morte improvvisa? Il personale attivato in situazioni di emergenza, e tra questi anche gli psicologi, con ruoli e modalità diverse si trovano a svolgere la funzione di *tutori di resilienza* (Cyrułnik, 2005), talvolta ausiliari di un io messo a dura prova da una situazione abnorme. Diversi gli aspetti da considerare come molte le variabili possibili che vanno dal considerare chi è la persona coinvolta, chi sono le persone presenti, se si tratta di un decesso singolo o se vi sia la presenza di altre vittime.

Importanti sono anche le variabili spazio temporali (dove si trova la salma, dove è avvenuto il decesso, in quale momento della giornata...), quelle che riguardano il tipo di decesso, la modalità di decesso. Inoltre vi può essere la presenza di altre persone appartenenti ai soccorsi, soccorritori, forze dell'ordine, che stanno ultimando il lavoro di soccorso, personale medico-sanitario, che attende il trasferimento del corpo. È rilevante anche capire chi ha chiesto l'attivazione, con quale finalità, a chi è indirizzato il sostegno in quel momento, come chiedersi se deve esserci l'identificazione della salma, se i familiari devono essere ancora accompagnati e supportati per questo passaggio o per vedere il corpo, e soprattutto quali saranno le informazioni importanti da raccogliere per supportarli (Chapple e Ziebland, 2010; Harrington e Sprowl, 2011).

La raccolta di informazioni da trasmettere ai familiari sembra supplire ad una delle mancanze più sentita, essere lasciati senza risposte rispetto alle cause e alle circostanze della morte, ma anche alle reazioni che si sarebbero trovati a vivere, alle domande lasciate senza risposta (si veda l'articolo di Merlevede, Spooren, Henderick, Portzky, Buylaert, Jannes, Calle, Van Staey, De Rock, Smeesters, Michem, & van Heeringen, K., 2004: "[...] what was the exact cause of death?", "did he/she feel pain?", "what were his/her last words?", "what might have been his/her last thoughts?". "Further questions concerned feelings of guilt with self-blame ("was I doing the right thing?") or feelings of blaming others (like "are you sure the medical personnel did everything possible?"). They also had questions about their mourning reactions. The overwhelming impact on their behaviour of so many thoughts and emotions was new to most bereaved and made them worried", (Merlevede et al., 2004). Gli autori dello studio belga ricordano l'importanza fondamentale di mantenere informati i familiari di quanto sta accadendo, in ogni momento, che sia durante il tentativo di rianimazione, o nelle fasi successive (suggeriscono una temporalità di ogni quindici minuti ad esempio nel caso di rianimazione) (Merlevede et al., 2004, p. 347).

Postvention is prevention

In caso di suicidio è importante sostenere subito i familiari, verificare il rischio per le persone sopravvissute, utilizzare la frase morto per suicidio più che 'ha commesso suicidio' per evitare stigma colpevolizzante, valutare il rischio suicidario nei sopravvissuti (Worden, 2008, p. 188, cita Parrish & Tunkle, 2003): "Survivors should also be monitored for their suicide risk and risk for other psychiatric problems. Jordan and McMenamy (2004), quoting Shneidman, remind us that 'postvention is prevention'. Many survivors of those who die by suicide feel that

no one can understand them unless they have undergone a similar loss experience” (Wagner & Calhoun, 1991)’ (Worden, 2008, p. 188).

Senso di colpa e biasimo

La necessità di trovare un responsabile, un capro espiatorio (*scapegoat*), spesso tra i più giovani, può essere molto forte; in caso di vittime di morte violenta le questioni legali possono ostacolare il processo del lutto finché queste non vengono risolte: “Related to the guilt is the need to blame, and in the case of a sudden death, the need to blame someone for what happened can be extremely strong. Because of this, it is not unusual for someone within the family to become the scapegoat and, unfortunately, children often become easy targets for such reactions [...]. For those whose loved one was the victim of homicide, getting on with the tasks of mourning is difficult, if not impossible, until the legal aspects of the case are resolved” (Worden, 2008, p. 188).

Rabbia (rage)

Sensazione di impotenza, un assalto al senso di ordine, collegato spesso con una fortissima rabbia, spesso rivolta anche verso il personale sanitario, oltre al desiderio di risarcimento, spesso come difesa dalla realtà e dal dolore della perdita (Worden, 2008, p. 188): (“A fifth special feature of *sudden death* is the sense of *helplessness* that it elicits on the part of the survivor. This type of death is an *assault on our sense of power and on our sense of orderliness*. Often this helplessness is linked with an incredible sense of rage, and it is not unusual for the survivor to want to vent his or her anger at someone”).

Agitazione psicomotoria, risposta di attacco o fuga

Collegato ad un aumento dei livelli di adrenalina (Worden, 2008, p. 188): “A survivor can also *exhibit manifest agitation*. The stress of sudden death can trigger a *flight-or-fight response* in a person and lead to a very agitated depression. A sudden increase in levels of adrenalin usually is associated with this agitation”.

Compiti rimasti in sospeso

La sensazione di avere qualcosa da risolvere, che sia stato lasciato in sospeso, accompagna il lutto, a maggior ragione quando la subitanità dell'evento coglie le persone di sorpresa: “*Unfinished business* is another special concern of survivors of those who die a sudden death. The death leaves them with *many* regrets for things they did not say and things they never got around to doing with the deceased.” (Worden, 2008, p. 189; su questo si veda anche Kubler-Ross, 1969, 1997).

L'intervento nelle situazioni di morte improvvisa

Spesso sono interventi in casi di crisi, condotti sulla scena dell'emergenza, talvolta in ospedale, dove è importante dare la possibilità di ricevere un aiuto, questo deve essere proposto con convinzione, ma spiegando i motivi di perché sia importante essere sostenuti in momenti di crisi segnati da grande confusione, dove per alcune persone diventa ancora più difficile non solo formulare una richiesta d'aiuto, ma anche riconoscerne il bisogno (Worden, 2008, p. 189): "Intervention in these cases really becomes crisis intervention, and the principles of crisis intervention are appropriate here. It is of historical interest that the writing on crisis intervention actually began after Lindemann's (1944) publication of his work on the survivors of the Coconut Grove fire when he worked with a bereaved population. Some counselors will be at the scene of the crisis. In many cases this will be the hospital. Help should be firmly offered. People in a state of numbness cannot always ask for help. Asking, 'Do you need any help?' may get a negative reply. It is more productive for the intervener to say to the family, *'I see people who have experienced this type of loss, and I'm here to talk and work with you. We need to call family members, funeral homes, and so forth. Lending ego strength in the short haul can be useful, but reinforcing self-efficacy to minimize regression as soon as possible is the most salient intervention'*."

L'importanza di ripristinare un senso di autoefficacia: più che chiedere "hai bisogno di aiuto", Worden suggerisce espressioni del tipo "Seguo persone che hanno avuto esperienze di lutto simili alla tua. Sono qui per parlare con te e aiutarti", dando alcune indicazioni su cosa potrebbe essere utili (contattare altri familiari, rete sociale, servizi funerari, o altro a seconda delle situazioni).

L'intervento permette alle persone di essere accompagnate a riattivare alle risorse interiori (*ausiliari dell'Io*) per rimettersi in movimento, senza essere sostituite. Azioni volte soprattutto a rafforzare l'efficacia della persona in quel momento passano più che da un'offerta diretta che implica una risposta binaria, dal proporre i benefici riscontrati da altre persone in situazioni analoghe, come ad esempio un aiuto per contattare altri familiari, per pensare agli altri aspetti pratici, dunque come Io ausiliario, ecc. (Worden, 2008, p. 189; si vedano anche le indicazioni per l'assistenza pratica del Primo soccorso psicologico, a cura di Caffo, Forresi, Scrimin, PFA 2010).

Riguardo la concretezza della perdita, Worden riconosce l'importanza, sottolineata dai familiari, dell'aver visto la salma purché con informazioni condivise prima e presentata in modo adeguato, soprattutto nei casi di corpi mutilati: "Help the survivors actualize the loss. There are several ways that this can be done. One is giving them a *choice* to see the body of the deceased to facilitate grief and actualization. I have found this to be a salutary experience on many occasions and advocate allowing people to see the body *tastefully displayed*, even in the case of death by automobile or other violent accidents. If the body is mutilated, the *family should be informed of this before* seeing the deceased. Being able to see *the body, or part of the body*, can help bring home the reality of the loss, which is mourning task I. I have spoken to people who didn't see the body after an accidental death and years later tell me that they wish they had." (Worden, 2008, p. 190).

Non aver visto il corpo spesso lascia un senso di rimpianto a distanza di anni. La persona che interviene deve conoscere il luogo in cui si trova la salma, per poter assicurare il conforto fisico ai familiari, per permettere loro di stare il più possibile assieme alla persona morta, possibilmente in uno spazio protetto dalla confusione dell'emergenza, o del pronto soccorso se in ospedale (Worden, 2008, p. 192).

La realtà della perdita viene veicolata anche dall'usare un linguaggio consono, ad esempio la parola 'morto' aiuta a realizzare la perdita (Worden, 2008, p. 190): "[...] for example, 'Jenny is dead. Whom do you want to notify about her death?' Using this word helps bring home the reality of death as well as giving assistance with regard to arrangements that need to be made". Evitare i luoghi comuni o false promesse, volti a superare il senso di impotenza degli operatori, ma non utili ai sopravvissuti: 'Hai ancora tuo marito, i tuoi figli', 'Andrà tutto bene'; invece Worden ricorda che commenti come 'sopravviverai a questo' sembrano essere stati di maggiore aiuto per familiari da lui sostenuti in situazioni di crisi (Worden, 2008, p. 192).

Worden sottolinea anche l'importanza del *follow-up* che sia da parte di chi è intervenuto oppure da risorse presenti nella comunità, quali gruppi di supporto nei casi di lutto improvviso, gruppi di auto mutuo aiuto o di tipo religioso, risorse che chi interviene può conoscere o recuperare (Worden, 2008, pp. 191-92).

Tra i tipi di morte improvvisa con conseguenze devastanti, Worden (2008) menziona la SIDS (*Sudden Infant Death Syndrome*).

Caratteristiche che rendono l'intervento complicato riguardano la subitanità dell'evento (a differenza di decesso per malattia), l'assenza di cause ben definite che fanno insorgere rimproveri e senso di colpa, stigma riguardo il sospetto che i genitori possano avere qualche responsabilità, ricerca incessante di cause e responsabilità, essere coinvolti in accertamenti legali, con interrogatori, l'impatto della morte su altri fratelli o sorelle, con sensi di colpa e rimorsi per sentimenti di gelosia precedenti il decesso, incomprensioni rispetto alle diverse modalità di esprimere il dolore, rabbia (Worden, 2008, pp. 192-93). A questo proposito Worden sottolineava l'importanza di dare la possibilità ai genitori di trascorrere del tempo con il bimbo morto, permettere di tenerlo in braccio e di parlarci, avvertendoli che questo era sentito come utile da altre persone in situazioni analoghe (nonostante la letteratura e il personale sanitario non abbia una posizione unanime al riguardo); una comunicazione sensibile e attenta è molto importante anche nei casi in cui si debba cercare l'autorizzazione all'autopsia: ai genitori va spiegato con delicatezza come questa possa aiutarli a capire *realmente* cosa è successo (Worden, 2008, p. 193); fondamentale inoltre che i genitori siano informati sul processo del dolore, sulle reazioni comuni ed eventuali strategie (perché non credano di impazzire o che quel dolore duri per sempre, “so that they do not feel like they are going crazy or that their grief will never end”, *ibidem*).

Chapple e Ziebland (2010): Viewing the body after bereavement due to a traumatic death qualitative study in the UK

In uno studio qualitativo condotto nel Regno Unito tra il 2007-2008, Chapple e Ziebland formano un campione di 80 persone in lutto a seguito di suicidio o morte traumatica di una persona cara (dai 4 mesi ai 9 anni dopo la perdita) e raccolgono i racconti sul vedere o meno il corpo del loro caro, ascoltandone le motivazioni addotte, le reazioni emotive immediate e a distanza di tempo (Chapple e Ziebland, 2010).

Nell'articolo pubblicato nel 2010 gli autori mettevano in evidenza come la *società inglese* necessitasse di ordine e confini precisi, che un cadavere poteva mettere in discussione perché avvertito come pericoloso (non per ultimo per la possibilità di perdita di fluidi corporali) (Chapple e Ziebland 2010, p. 14, citano Mary Douglas, si veda Ronchini, 2025).].

Gli autori sottolineavano il ruolo che la possibilità di scelta aveva: tra le persone che avevano *potuto scegliere* se vedere o meno il corpo alcune avevano preferito che il corpo fosse identificato

da altri familiari, preoccupati di come avrebbero trovato il corpo o avevano preferito *ricordarlo com'era in vita*. Le persone che avevano voluto vedere il corpo adducevano altri motivi rispetto alla necessità di identificarlo, quasi avessero sentito di *doverlo vedere*, l'impulso di vedere il corpo (Chapple e Ziebland, 2010; Harrington e Sprowl, 2011, p. 74); altri avevano sentito che il corpo manteneva la sua *identità sociale* e avevano voluto assicurarsi che la persona cara fosse accudita nel modo giusto, o dare l'ultimo saluto (Chapple e Ziebland 2010). Per alcuni era stato importante avere un *momento privato* per *toccare*, e *accomiatarsi dal corpo*. Quando il vedere era stato soggetto a restrizioni, da parte ad esempio del *medico legale* perché gli accertamenti *post mortem* non erano conclusi, i familiari avevano sentito di essere stati *defraudati del corpo* (Chapple e Ziebland 2010) (in alcune circostanze il corpo resta a disposizione dell'autorità giudiziaria, come ricordato nell'intervento 'di chi è il corpo?' del Maggiore dei Carabinieri di Trento, Andrea Ceron, nel corso di formazione 'Accompagnamento al riconoscimento delle salme: aspetti legali, antropologici e psicologici', 2023). Vedere il corpo, secondo i racconti, li aveva aiutati ad appurare *la realtà della morte* e in seguito non si erano pentiti della decisione presa, anche quando l'esperienza era stata molto difficile, tranne in pochissimi casi: "Seeing the body brought home the reality of death; it could be shocking or distressing, but, in this sample, few who did so said they regretted it" (Chapple e Ziebland, 2010).

Analizzando i racconti, Chapple e Ziebland (2010) segnalavano come indicatore importante il modo in cui i *familiari* si rivolgevano al defunto, per comprendere se il defunto mantenesse o meno la sua *identità sociale* (*lui, lei, il corpo*) nella mente delle persone a lutto. Chapple e Ziebland giungevano alle conclusioni che i parenti delle vittime dovrebbero *avere sempre la possibilità di vedere il corpo del defunto e il tempo per decidere* se ed eventualmente chi tra i familiari debba procedere all'identificazione dei resti, *assistiti da personale* che possa prepararli a ciò che vedranno e *spiegare* loro eventuali ragioni legali per cui non sia possibile *toccare* il corpo. Già nel 2010 suggerivano l'importanza di avere delle linee guida per una pratica professionale che tenesse in considerazione *i bisogni e le preferenze dei familiari* (Chapple e Ziebland, 2010).

Tra le ragioni addotte talvolta da parte del *personale infermieristico* per *ostacolare la vista del corpo* veniva segnalata soprattutto la *grave compromissione* dello stesso (ad esempio per il volto

sfigurato) per le possibili conseguenze traumatiche che questa esperienza poteva avere sulle persone care. Altri motivi per ostacolare la vista del corpo erano attribuiti a ragioni medico-legali, nei casi in cui non erano ancora ultimati gli accertamenti *post mortem* (Chapple e Ziebland 2010).

Nei resoconti raccolti alcune persone esprimevano il rimpianto di non aver potuto vedere la salma o di *non aver avuto un'informazione corretta* rispetto allo stato del corpo (citano un caso per cui il vedere andava contro il regolamento del crematorio, o era *medically inadvisable*).

Rifacendosi agli studi di Worden e altri psichiatri gli autori ricordavano come in caso di *morte improvvisa chi resta è affetto da un senso profondo di irrealtà*; vedere il corpo permetteva dunque di *affrontare e accettare la realtà della perdita*, di *lasciare andare* (*letting go*), di *recidere i legami* con il defunto per procedere a creare nuovi attaccamenti facilitando il *processo del lutto e il benessere di chi resta* (Chapple e Ziebland, 2010). Altri studi riportati dagli autori parlano invece che di *letting go* e di *recidere i legami* con il defunto, dell'importanza di *mantenere un 'cointinuing bond'* con il defunto per una risoluzione positiva del lutto, senza contraddire la posizione rispetto all'importanza del vedere il corpo almeno una volta, anche se per ragioni diverse (Chapple e Ziebland, 2010). Tra gli studi riportati troviamo quello dedicato ai familiari delle vittime del disastro ferroviario di Granville (Australia, 1977, con più di ottanta vittime), dove 36 persone su 44 non avevano visto il corpo di una persona cara; di queste 36 persone che avevano deciso di non vedere il corpo 22 in seguito se ne erano pentite (Chapple e Ziebland, 2010). Invece, delle 8 persone che l'avevano visto, solo una persona se ne rammaricava. I risultati al *test di recupero psicologico* davano risultati migliori per chi aveva visto il corpo, rispetto agli altri (Chapple e Ziebland, 2010).

Un altro studio considerato dagli autori riguardava il disastro nel 1987 del traghetto nel porto di Zeebrugge (Belgio), diretto verso il Regno Unito, incidente che aveva causato la morte di 193 persone: i familiari furono intervistati a distanza di 3 e 12 mesi e i livelli di stress e ansia erano molto più elevati tra coloro che avevano visto il corpo. Invece a distanza di 30 mesi i risultati erano diversi in chi l'aveva visto, nonostante le condizioni molto precarie di alcuni dei corpi, recuperati anche settimane dopo il disastro (Chapple e Ziebland, 2010).

Lo studio non dimostrava differenze importanti nei sintomi psicologici, ma immagini e pensieri spiacevoli erano meno elevati in coloro che avevano visto il corpo ('Hodgkinson

concluded that those who view may be more distressed in the short term but less distressed in the long term', citato in Chapple e Ziebland, 2010). La dimensione temporale sembrerebbe indicare uno stress immediato maggiore, ma sul lungo periodo un recupero migliore in chi aveva visto il corpo.

Lo studio di Chapple e Ziebland si occupa invece di *interpretare i racconti* riguardo al *vedere o meno la salma* di una persona cara, compreso i *motivi* per cui chi resta ha voluto vedere il corpo o ha preferito sottrarsi, le riflessioni addotte sulle conseguenze di questa scelta; lo studio prefiggeva un intento anche clinico: verificare se i familiari dovessero o meno essere incoraggiati a vedere il corpo del defunto quando molto danneggiato (Chapple e Ziebland, 2010).

Gli autori prestavano attenzione anche al *linguaggio usato* dai familiari parlando del corpo, *le ragioni* addotte per *vedere o per non vedere il corpo*, *le reazioni* alla vista del corpo, e infine *le reazioni di chi non aveva avuto la possibilità di scelta* rispetto a vedere il corpo; includono una tabella con i dettagli di chi aveva visto o meno il corpo, il modo e le reazioni, Chapple e Ziebland, 2010).

A proposito del *linguaggio*, talvolta il corpo era descritto come *un guscio vuoto*, 'it' o 'the body'. Altre volte il corpo manteneva ancora *la sua identità sociale* e veniva nominato con il nome o i pronomi, lui, lei ("the body as still having social identity") (Chapple e Ziebland, 2010). Gli autori sottolineano come la *percezione cambi anche a seconda dei diversi momenti* in cui il corpo viene visto. (*Tempo*: subito dopo il decesso, o più tardi; *Luogo* (setting) in ospedale, vs nella camera mortuaria. Vedi l'esempio di Dolores che parla del figlio appena ucciso usando il pronome personale "him", mentre dieci giorni dopo lo definisce "just a body", non rimpiange di aver visto il corpo, ma risponde "No, it was OK, but I knew it wasn't him. It was just a body", "He wasn't there [...] His body was there but Jon wasn't there." Il *corpo preparato* dal direttore dei funerali può essere salutato, la madre gli può parlare, raccontare dei canti del funerale... (Chapple e Ziebland, 2010). (Distinzione del corpo come oggetto e il corpo come persona defunta).

Nelle conclusioni gli autori raccomandano ai professionisti che intervengono in queste situazioni di prestare attenzione e conformarsi al linguaggio usato dai familiari per parlare del defunto senza offendere la loro sensibilità (Chapple e Ziebland, 2010): "The language used by people who have been bereaved offers

a powerful clue to the nature of their sense of relationship with the dead body. We therefore encourage professionals to pay attention to *how family members refer to the body*: if they talk about it by name or use a personal pronoun this should alert clinicians to the continuing sense of social bond, and it would be advisable to follow suit rather than speak of the 'body', 'remains', or 'deceased' and risk offence".

Tra le ragioni addotte per aver visto il corpo in molti casi c'era stato un rispondere alla *richiesta della polizia*: alcuni pensavano di *non avere scelta*, altri *volevano vedere* il corpo del loro caro. Gli autori indicano che la *decisione di vedere o meno la salma* può essere diversa per i diversi componenti della famiglia (Chapple e Ziebland, 2010). Tra altre motivazioni spesso c'era la necessità di essere sicuri *che non fossero stati commessi degli errori di persona*. (Interazioni con le persone, con chi ha preparato la salma, 'lo riconoscerò?' – 'non credo'. "Intervistatore: 'Fu la cosa giusta da fare?' Rachel: 'Most definitely, yes, yes, I had to make sure that that was my son, because you know, they might have made a mistake'." (Chapple e Ziebland, 2010).

Un altro motivo importante per scegliere di vedere il corpo non appena ricevuta la notizia era stato assicurarsi che stesse bene e *prendersi cura del defunto* (Chapple e Ziebland, 2010). Eventuali *ritardi nel poter vedere il corpo e la mancanza di privacy* venivano indicati come importanti elementi di stress. Per alcuni era un assicurarsi *che il defunto non fosse lasciato solo, non fosse spaventato, avere dei momenti di condivisione con il defunto*, parlare, cantare, ecc., pur dicendosi "I know it's going to sound a bit silly".

Gli autori sottolineano come soprattutto *le madri mantenessero il ruolo affettivo di cura*, occuparsi di loro, in un caso portare un cappotto perché non avesse freddo ("Interviewer: 'And was that the right thing for you to do to go and see her?' Elizabeth: 'Yes, definitely, definitely. I, yes I couldn't wait to get to her'"). Un'altra madre: "(...) of course we want to be with our, our children through their important experiences"). *Non poter stare da soli con il proprio caro, oppure sentirsi sorvegliati dal personale addetto*, anche quando avrebbero voluto stare soli, *prendersene cura, lavarlo, vestirlo, per una madre*, non poterlo fare era stato come *sentirsi espropriata del corpo del figlio*: "It felt as if he was somebody else's property and I had to ask permission to go and see him. And I had to be observed whilst I did." (Chapple e Ziebland, 2010).

Gli autori sottolineano l'importanza dei valori e di quello in cui credono i familiari e ricordano l'esempio di un'altra madre,

Margaret, che voleva recarsi subito dalla figlia perché convinta che non avesse lasciato ancora il corpo e fosse *presente come spirito*, si aggirasse confusa per la morte subitanea, non voleva aspettare che il *funeral director* la preparasse con la cosmesi: (“And I can remember saying, ‘Well she’s my daughter, she doesn’t need to look pretty, I need to hold her.’ [...] I was terrified that she might still be lingering around her body in a confused state because of the suddenness of the death.” (Chapple e Ziebland, 2010). Per alcuni familiari veniva sottolineata l’importanza di *portare l’ultimo saluto, stare con il proprio caro, parlare con loro*, come momento ancora più importante di quello del funerale.

Un altro motivo ricorrente era che ‘imagined images might be worse’: l’immaginazione può creare delle immagini peggiori della realtà. “For people who were not present, the imagined scene can sometimes be worse than the actual one” (Worden, 2008, pp. 184, a proposito di non aver visto il corpo in caso di suicidio; Merlevede et al., 2004; Mowll et al., 2016, ma già Mowll, 2009; Chapple e Ziebland, 2010, ecc.).

L’immaginazione può essere peggiore/mostrare o non mostrare/le riserve a mostrare ai bambini che chiedevano del padre, di com’era il corpo: (“‘Where is he? What’s happening to him and what does he look like?’ [...] ‘Well I want to see him’.” *I suoi genitori inorriditi*, “‘Oh I shouldn’t have done that. The trauma of them seeing him like that’, but maybe the trauma of what they would have imagined would have been worse”, Chapple e Ziebland, 2010). Veniva sottolineata la necessità di tornare a *vedere il corpo più volte in momenti diversi*, dopo la difficoltà di riconoscere il proprio caro in un primo momento.

Alcuni familiari avevano avvertito *un senso del dovere, quasi un obbligo di tipo religioso ad occuparsi direttamente del corpo*, di lavarlo e vestirlo, di doverlo al morto. Altri familiari esprimevano *la serenità* di aver visto il corpo del loro caro perché altrimenti se ne sarebbero pentiti e non avrebbero creduto che fosse morto (“I can never lie to myself that he’s not dead. I felt I owed it to him”). L’esigenza di stare accanto al defunto, più che per *pretendere un diritto di proprietà sul corpo* sembrava collegato in questi casi al *sentirsi obbligati verso il defunto*, quasi un *riportarlo nel nucleo familiare, sentirsi coinvolti* in quello che bisognava fare rispetto al corpo (Chapple e Ziebland, 2010).

Le reazioni variavano molto a seconda delle situazioni e delle persone coinvolte, lo stesso lutto aveva coinvolto i familiari in modi molto diversi, e anche le decisioni prese in merito al vedere o meno la salma lo potevano essere.

Le persone che avevano deciso di vedere il corpo, per quanto fosse stata una *decisione e un'esperienza molto difficile*, non lo rimpiangevano, nemmeno nei casi di corpi molto deteriorati o in fase di decomposizione. Il corpo in alcune situazioni veniva visto *ripetutamente*. Talvolta i familiari avevano ricordato *interventi cosmetici eccessivi*, altre volte sottolineavano di essere stati lieti di vedere *la persona in pace*, soprattutto nei casi di *suicidio* e malattia, dove la persona era stata vista molto sofferente in vita (Chapple e Ziebland, 2010). Veniva sottolineata spesso l'importanza di quel momento per *accettare la realtà della morte*, di fronte alla difficoltà di credere alla realtà della morte della persona cara.

Molte persone avevano raccontato l'esperienza shockante di aver trovato il corpo cambiato dalla morte, rispetto *a com'erano in vita*, a come apparivano; gli elementi riportati andavano dal *colore della pelle, alla temperatura, dalla rigidità alle modifiche apportate dalla morte o da chi se n'era occupato* (Chapple e Ziebland, 2010). Gli aspetti relativi all'*apparenza del corpo* variavano ('vorrei lo avessero preparato meglio', 'non era lui', 'era bellissimo e in pace').

Venivano riportate anche situazioni nelle quali *resti o liquidi* suscitavano reazioni diverse, comprese timore e disgusto, a seconda di come i liquidi corporei venivano percepiti (Chapple e Ziebland, 2010). Si era riscontrata più volte anche una *difficoltà a riconoscere la persona*: non era più lui o lei (Chapple e Ziebland, 2010). L'elemento fondamentale riscontrato dagli autori (Chapple e Ziebland, 2010) e poi citato e validato nella letteratura successiva era l'importanza di poter scegliere nel modo più consapevole possibile, di essere preparati in modo adeguato, di sapere prima le condizioni in cui troveranno la salma.

Le reazioni riportate erano diverse, un mix di ambivalenza, decisioni prese e riviste, decisioni non prese e subite, qualche volta anche sentendosi costretti e pentendosene. Tra chi infatti se ne era pentito in situazioni di corpi molto danneggiati e difficili da riconoscere gli autori riportavano il caso di Sally nel vedere la madre: 'that was the worst experience of it was actually', poi l'aveva fatta sistemare (capelli e trucco) e il fratello l'aveva potuta vedere *con sollievo già curata e preparata*, mentre per la figlia non era lei, non era il modo in cui lei portava i capelli e il trucco (Angela 'I could not recognise the body in front of me. It was the wrong thing for me to do because I was just looking at this person, thinking: *Who are you?*' (Chapple e Ziebland, 2010).

La difficoltà della decisione da prendere era espressa soprattutto da chi aveva scelto di non vedere il corpo; talvolta restava la convinzione di avere scelto la cosa giusta per sé, qualche volta il *dubbio* di aver fatto la cosa giusta.

In alcuni casi *non era stata data la possibilità di scelta*, o perché al tempo bambini o per questioni medico legali; in alcuni casi veniva raccontato il rimpianto di non aver ricevuto una possibilità di scelta informata (Chapple e Ziebland, 2010).

Chapple e Ziebland concludevano consapevoli del *limite* di uno studio di tipo qualitativo con un campione non rappresentativo di persone, soprattutto in uno studio in cui la narrazione poteva variare nel tempo, nel tentativo di dare significato alle esperienze faticose vissute; riportavano inoltre i motivi per cui i familiari di persone decedute a causa di morte traumatica volevano comunque *vedere subito il corpo e poterlo toccare* al più presto possibile anche quando il corpo presentava ferite (Chapple e Ziebland, 2010): “This study shows that, even when a death has been traumatic and the *body injured*, bereaved relatives may have many reasons for wanting to see and touch the body *as soon as possible*. Some wanted to confirm there had been no mistake, and that their friend or relative was indeed dead. A few felt an obligation – that they ought to see the body or wanted to care for the body or say goodbye. *Those who had made a choice (either to see or not to see)* usually said that it had been the right decision for them, even if they had had mixed reactions or felt some initial distress” (Chapple e Ziebland, 2010).

Essere stati responsabili della propria scelta, a prescindere da quale questa fosse stata e dalle emozioni o ambivalenze che l'avevano accompagnata, sembrava aiutare a non rammarsene. Quindi gli autori ricordavano l'importanza di dare una possibilità di scelta, senza obbligare nessuno e di preparare parenti e amici al contesto in cui si troveranno: “The study underlines *the importance of making it clear that there are other ways of identifying the body, offering a choice*, recognising that different members of a family may make different decisions, and *preparing the relatives* for what they might see” (Chapple e Ziebland, 2010).

Per questo studio *il vedere può aiutare nel processo del lutto, dove realizzare la perdita* può aiutare a sviluppare *nuovi attaccamenti o progetti per il futuro*, in altre situazioni il vedere aiutava l'elaborazione del lutto per la possibilità di mantenere una relazione con il defunto (Chapple e Ziebland, 2010). Veniva ribadita *l'importanza di una scelta consapevole*, preparata, accompagnata, rispettata nei tempi e nelle modalità, non accelerata o vissuta come un obbligo legale: “Our findings have clear implications for healthcare professionals, counsellors, coroners' officers, police officers, and funeral directors. Professionals could help bereaved people to make this decision by telling them what to expect to see if they view the body, and then give them time to think about their decisions.” (Chapple e Ziebland, 2010). Gli

autori assicurano che il loro studio può aiutare tutte le professioni coinvolte, da quelle sanitarie, ai counselor, dal medico legale alle forze dell'ordine ai responsabili dei servizi funerari: *valutare la possibilità di vedere il corpo, preparare le persone a lutto rispetto a ciò che vedranno, sostenerle nella scelta, ecc.*

Citando Stroebe et al. (2010) gli autori sottolineano come le persone si avvicinino a questa esperienza secondo modalità differenti, che vanno *dal rifiuto di vedere il defunto al volere stare vicino* e occuparsi del corpo, a seconda delle dinamiche familiari esistenti prima del lutto, ma anche delle consuetudini e tradizioni dettate dalla cultura o subcultura di appartenenza (Chapple e Ziebland, 2010): “The relationships that existed before the death affect how the body is seen and the meanings with which the body is invested. Within families, one person might decide to view and touch the body, to clothe and care for it, while other close relatives prefer not to” (Chapple e Ziebland, 2010).

All'interno della stessa famiglia si possono ritrovare sensibilità e necessità molto diverse di cui bisogna tener conto, mantenendosi sensibili e ricettivi: “Stroebe et al. argue that we must recognise the enormous variations in forms of bereavement. They suggest that, ‘On the therapeutic level, this would mean curtailing the search for ideal therapeutic procedures and focusing instead on tailor-made treatments. This would require highly sensitive receptivity – an open listening to the client voice, for the reality and values of its sustaining subculture. At the same time, this option would invite educating for alternatives’.” (Chapple e Ziebland, 2010, citano Stroebe et al. 2010).

Gli autori raccomandavano dunque *l'importanza di interventi non standardizzati secondo protocolli ideali*, ma che tengano piuttosto in considerazione le diverse esigenze delle persone coinvolte, *educando gli operatori a proporre delle pratiche alternative* qualora vi sia l'impossibilità di procedere secondo le consuetudini delle persone a lutto (Chapple e Ziebland, 2010). Fornivano inoltre importanti raccomandazioni rispetto alla comunicazione adeguata e attenta perché vi possa essere una scelta veramente informata, se vedere o meno il corpo, che aiuti a comprendere le eventuali restrizioni o i ritardi nel poter vedere la salma, ricordando che possono esserci altre possibilità nell'identificazione delle persone (riscontro del DNA o impronte dentali): “People need to know that they do not have to identify the body and that identification is possible with DNA or dental records. If touching or viewing the body is not possible immediately after death, the delay should be explained” (Chapple e Ziebland, 2010).

Se vedere il corpo si era rivelato molto importante per alcune persone, altre avevano preferito ricordare la persona come era. Chapple e Ziebland ricordano l'importanza per chi opera nei contesti emergenziali di rispettare le diverse sensibilità e necessità, e assicurarsi che vedere il corpo sia la vera intenzione della persona: "While viewing the body matters for some people, others felt that it might interfere with their memory of the living person. Professionals, such as those working in emergency rooms, need to tell bereaved people about their options and meet the needs of the individual, allowing relatives to view the body, or part of the body, if they are sure that this is what they want" (Chapple e Ziebland, 2010). Per quanto riguardava la preparazione delle salme da parte dei *funeral directors*, gli autori ricordavano l'importanza che eventuali accorgimenti estetici utilizzati per nascondere le ferite fossero rispettosi dell'aspetto della persona in vita, dalle acconciature al trucco (Chapple e Ziebland, 2010; al riguardo si veda anche Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona, 2020, di altro avviso Fernandez, I., 2011, si veda anche l'esperienza riportata in McEwan, 2023).

Nella molteplicità di situazioni e contesti legati ai casi di morte traumatica o per suicidio, evento già di per sé foriero di angoscia, gli autori suggerivano di considerare i bisogni dei familiari, senza dare per scontato che vedere un corpo ferito o danneggiato sia nocivo (Chapple e Ziebland, 2010): "The aftermath of a traumatic death or suicide is inevitably a distressing time with lasting consequences. Professionals need to be sensitive to the different needs and preferences of people bereaved by traumatic death and to the social, familial, cultural, and legal context of the death. Clinicians should *not assume that relatives will necessarily be harmed by seeing a bruised or damaged body*. Some people may see the dead body *as an empty shell*, but others keep *a bond with the social identity* of the person, and they may see the body *as continuing to harbour a spirit* or at least some *lingering energy*"...

La concezione dell'individuo e del suo gruppo rispetto alla morte e al corpo può variare drasticamente, per alcuni 'ormai solo un guscio vuoto', per altri ancora catalizzatore di forme di energia o spirito che restano e richiedono cure o rituali che regolamentino un passaggio... Abbiamo visto i motivi addotti a seguito di *morte traumatica* da amici e familiari per la necessità di *vedere il corpo* del defunto, nonostante l'esperienza possa essere di per sé dolorosa e angosciante; in questo studio – sottolineano gli autori – poche persone affermano di *essersene pentite* in seguito, tra queste coloro che dichiarano di non essere state adeguatamente informate o preparate.

Gli autori ribadiscono come nella stessa famiglia possano esserci *scelte e reazioni diverse* e come per alcuni familiari l'esperienza può essere di aiuto, per altri angosciante; i vari professionisti coinvolti dovrebbero quindi cercare di avere un approccio empatico, sensibili anche al modo in cui le persone a lutto si riferiscono al defunto in quanto le espressioni usate possono dare indicazioni del ruolo svolto dalla persona defunta nel gruppo familiare (identità sociale) (Chapple e Ziebland, 2010).

Harrington e Sprowl, l'esperienza di vedere il corpo dei familiari di vittime di morte improvvisa (2011)

Riguardo l'esperienza dei familiari di vittime di *morte improvvisa* interessante è lo studio qualitativo anche se limitato a quattordici casi, finanziato da un'impresa funebre e condotto da Christina Harrington e Bethany Sprowl ricercatrici nell'ambito dei servizi sociali (2011). Riprendendo nell'articolo la letteratura precedente, le autrici espongono alcune opinioni controverse rispetto al tema del vedere o meno il corpo del defunto in un momento di forte crisi come può essere quello di un decesso improvviso. L'articolo prova a delineare *alcune linee guida* riguardo al dove, quando, come e perché sarebbe importante vedere il corpo, e in quali casi non lo sarebbe, sottolineando però anche le contraddizioni e (all'epoca) l'assenza di evidenze empiriche rispetto all'esperienza di avere visto o meno il corpo, e degli effetti che questo può aver avuto (Harrington e Sprowl, 2011, p. 65). La difficoltà di compiere *studi empirici* al riguardo infatti deve tener conto del dolore delle persone coinvolte, della necessità di studi longitudinali anche in diversi momenti temporali, a pochi mesi, dopo alcuni anni, ecc.). Lo studio analizza la dimensione temporale che intercorre dalla notifica alla sepoltura (Harrington e Sprowl, 2011, p. 66). Le persone coinvolte nello studio sono state ascoltate riguardo al vedere o non vedere il corpo e all'impatto che questo ha avuto sul processo del lutto; lo studio considera anche l'esperienza delle relazioni con le diverse figure professionali implicate (personale sanitario, medico legale, personale delle agenzie funebri, ecc.).

Tra i temi evidenziati gli aspetti specifici dell'esperienza del vedere la salma e le risposte intrapersonali, quali le *diverse reazioni* dopo la comunicazione del decesso (da manifestazioni di angoscia e sofferenza estrema a dissociazione e mancanza di reazione, con lo sconcerto degli operatori presenti), quali le possibilità date, a chi, secondo che modalità, in che luogo e in che tempo, l'eventuale rifiuto (da parte dei familiari? da parte delle persone preposte agli accertamenti legali?) e le motivazioni

addotte. Le autrici concordano infine con l'importanza della possibilità di scelta come sottolineato da tutta la letteratura (Harrington e Sprowl, 2011, p. 66).

La decisione se vedere o meno il corpo di una persona cara dopo la comunicazione di un decesso presenta difficoltà e non è univoca. Le autrici si chiedono se le persone a lutto siano state accompagnate nel vedere il loro caro o se sia stata negata loro questa possibilità e cosa succede nei casi in cui la persona è così angosciata anche per formulare la richiesta. Molti tra i familiari richiedono di vedere il corpo non appena viene data loro la notizia del decesso, alcuni non riescono a formulare una richiesta, altri rifiutano la possibilità perché preferiscono 'ricordarla com'era' (Harrington e Sprowl, 2011, p. 66).

La letteratura scientifica colloca la *morte improvvisa e/o traumatica* tra le situazioni che comportano un *rischio maggiore di avere un esito patologico del lutto*, dal punto di vista della salute fisica e mentale e il modo in cui ci si prende cura di chi resta in queste situazioni può avere importanti conseguenze sul processo del lutto (vedi Harrington e Sprowl, 2011, p. 66). L'articolo riporta inoltre autori (Rando, 1984, 1993) che sostengono l'importanza di vedere il corpo del defunto per facilitare il processo di un *lutto sano* ("healthy grieving") e ridurre il rischio di complicazioni (Harrington e Sprowl, 2011, p. 66).

Se l'assenza di un corpo (come nei casi di persone scomparse) viene visto come fattore chiave nel complicare il lutto per le vedove di militari caduti in guerra (Harrington e Sprowl, 2011, p. 66, citano Steen e Asarol, 2006), la pratica di vedere il corpo del defunto è stata inclusa tra le linee guida o '*best practices*' come *facilitante* il lutto anche nei casi di morte improvvisa, senza però – dichiarano le autrici – studi sufficienti (2011) che ne dimostrassero la complessità, ad esempio quali avrebbero dovuto essere le modalità secondo cui permettere di vedere il corpo ed eventuali implicazioni e rischi associati sia al vedere che al non vedere (vedi Harrington e Sprowl, 2011, p. 67).

Il beneficio che i familiari possono trarre dal vedere la salma quando questo corrisponda ad una loro scelta sembra generalmente accettato ("practice wisdom supports that viewing is beneficial to family members who request this" Harrington e Sprowl, 2011, p. 67).

L'articolo considera i motivi per cui *la pratica di vedere il corpo del proprio caro viene scoraggiata* dagli studi precedenti, per il rischio di conseguenze traumatiche nel caso di *resti fortemente compromessi* ("compromised remains", Harrington e Sprowl, 2011, p. 67), associato a considerazioni del tipo 'meglio ricordarli come erano' ("remember them as they were") (Harrington e Sprowl, 2011, p. 67); *situazioni di tipo medico-legale*, nei casi in cui sono in corso accertamenti in ambito giudiziario investigativo o di tipo medico legali, che spesso suscitano la sensazione dei familiari di essere sottratti del familiare deceduto (Harrington e Sprowl, 2011, p. 67); talvolta per la difficoltà di chi resta *a reggere emozioni intense*, oppure per *proteggerli* da esperienze potenzialmente traumatiche, per proteggere altri visitatori o altri pazienti, o anche – nel caso del personale sanitario – per tenere la situazione sotto *controllo* ("intense emotional displays of family members negatively influenced nurses' attitudes toward viewing", Harrington e Sprowl, 2011, p. 67, citano lo studio di Has, 2003).

Per quanto riguarda i momenti in cui si vede la salma o la frequenza viene sottolineata l'importanza di distinguere anche *tra un primo momento e un momento successivo* ("early e later viewings"): cosa significa vedere il corpo sulla scena della morte o nella camera mortuaria in un primo momento o vederlo in un momento successivo presso la camera mortuaria (Harrington e Sprowl, 2011, p. 67).

Lo studio riprende le problematiche intrinseche a questo tipo di ricerche, per la vulnerabilità delle persone intervistate, per le variabili di relazione con il defunto, piuttosto che dell'esperienza di vedere il corpo, e le condizioni dello stesso e le autrici sperano che migliori la conoscenza di questa pratica e di contribuire ad orientare politiche organizzative istituzionali ("informing organizational policies", Harrington e Sprowl, 2011, pp. 70-71).

I racconti riportano le *reazioni possibili, emozioni, sentimenti, le risposte intrapersonali e quelle specifiche all'aver visto il corpo*, il significato attribuito all'esperienza di vedere il corpo, come la *possibilità di raccontare i lati positivi del defunto*, l'impatto avuto sulla loro vita, oppure per *convalidare il proprio ruolo* ad esempio come genitori (Harrington e Sprowl, 2011, p. 72).

Interazioni con i professionisti 'Gentilezza e crudeltà': le autrici concordano con gli studi precedenti sui racconti dei familiari di bambini piccoli, in lutto per morte improvvisa, a proposito della

interazione con i professionisti (forze di polizia, servizi per le vittime, medici legali, staff dell'ospedale, responsabili delle pompe funebri): "You recall the kindness and you recall the cruelties", dove viene sottolineata l'importanza di essere trattati con *rispetto e compassione*, con cura e onestà, *essere considerati come "individui, non come lavoro"* (Harrington e Sprowl, 2011, pp. 72-73), sentire la cura premurosa, anche riguardo gli *aspetti materiali* (ricevere una sedia, dell'acqua da bere, essere avvertiti delle possibili modalità di esprimere vicinanza al defunto: 'va bene se vuole tenerle la mano'...).

Tutti invece ricordano *le interazioni negative* con grande emotività (rabbia, lacrime); un paio di familiari ricordano più facilmente la gentilezza, per altri invece le esperienze negative significavano ben poco nell'esperienza complessiva del lutto, e venivano comunque giustificate per proteggerli dalla sofferenza oppure dalla natura del loro lavoro (Harrington e Sprowl, 2011, pp. 74-79).

È interessante osservare come alcuni familiari evidenziano che una chiamata di *follow up* in un momento successivo poteva essere di maggior supporto che non *ricevere un biglietto da visita* o informazioni sulle *risorse disponibili per superare il lutto* con l'invito di chiamare chi si occupa della persona (*care provider*) nelle prime ore successive alla notifica (*atti che possono aiutare*, Harrington e Sprowl, 2011, p. 73).

Come già detto, veniva vissuto come di grande aiuto sentire in ogni momento del processo di poter *scegliere in modo consapevole, di avere anche possibili alternative* (un familiare a cui era stata negata la possibilità di vedere subito il corpo sulla *scena della morte* aveva apprezzato ricevere la proposta di vedere almeno una parte del corpo del figlio, dopo che era stata coperta la ferita, Harrington e Sprowl, 2011, p. 74). *Rispetto alla realtà della morte la necessità di avere informazioni concrete e tempestive* era stata sottolineata da ogni familiare; avere *dettagli concreti* riguardo la morte laddove invece domande lasciate aperte erano viste come fonte continua di stress e angoscia, soprattutto quelle relative alla *sofferenza* provata dal defunto.

"*It really happened*". Tra i risultati specifici del vedere il corpo si trovano aspetti quali l'acquisizione della realtà dell'evento, la pace, la spinta a vedere, il vedere subito rispetto al vedere nella camera mortuaria (Harrington e Sprowl, 2011, p. 74). Rispetto al

rendersi conto della *realità* della morte, concordano con altri studi: per i partecipanti il vedere era descritto come essere ‘*radicati nella realtà della morte*’ (“the role of viewing as grounding them in the reality of the death”), non solo il rendersi conto che la persona cara era morta, quanto il toccare con mano la *realità delle circostanze* della morte, trovare conferma dell’identità, appurare la congruenza tra i fatti e come sono stati comunicati, comprendere come è accaduto (“to connect in the reality of that experience”, “you can hear the story about what’s happened”, “You need to have something that actually shows you this really happened this way, *it really happened* (Kelly)” (Harrington e Sprowl, 2011, p. 74). Due tra i partecipanti alla ricerca preferivano vedere il corpo esattamente com’era *senza la preparazione cosmetica* tipica delle imprese funebri (Harrington e Sprowl, 2011, p. 75).

Nel loro racconto, alcune persone riportano di aver trovato pace avendo avuto la possibilità di vedere più volte il corpo, di sapere che era in pace, che non soffriva più, anche attraverso la possibilità di vedere il corpo a più riprese, dal primo momento a quello successivo (sul luogo del decesso, nella camera mortuaria nei giorni successivi), di avere avuto la possibilità di andare avanti e indietro dalla stanza; sottolineano inoltre quanto fosse impensabile aspettare dei giorni prima di vedere il corpo, di poter osservare un ‘*peaceful look*’ (Harrington e Sprowl, 2011, p. 75).

Motivi riportati dai familiari per il forte desiderio di vedere la salma (‘I needed to see him/her’): tranne una persona, tutti gli altri avevano raccontato del *bisogno di vedere il corpo* a prescindere dalle condizioni del corpo, di aver provato *una spinta quasi istintiva* per averne almeno una vista parziale, per capire cosa era accaduto: ‘there was no way that they were burying him without me seeing *at least his hand* (Heather)’ (Harrington e Sprowl, 2011, p. 75). Per alcuni la persona cara *necessitava ancora di un loro supporto*, e quindi diventava una loro responsabilità essere presenti anche lì, sulla scena del decesso, come se il defunto fosse in attesa di loro: i partecipanti descrivevano in modi diversi la sensazione che ci si dovesse ancora prendere cura di lui/lei come parte del processo di transizione dalla vita (“a remaining sense of presence of the deceased that still had needs to be attended to as part of transition from life”), anche quando ostacolati dagli operatori che stavano dando loro supporto: ‘I let them (victim services) talk but in my own mind I just thought, “I couldn’t care less what you say, I will see him”’ (Harrington e Sprowl, 2011, pp. 75-76).

Anche il rapporto con il corpo diventa fondamentale laddove possibile, poter *toccare il corpo*, abbracciare, cullare, occuparsi di aspetti pratici, dell'igiene: ad esempio 'cullare il figlio', anche di fronte alle difficoltà di riconoscere il corpo, al non volere che fosse la persona cara: 'Part of me was having troubles identifying him when I first saw him. My reaction was to reach out to him! And cradle him! [...] I couldn't say right away it was him [...] I knew who he was but on another level I couldn't identify him' (Harrington e Sprowl, 2011, p. 76). Riconoscere il corpo significa dare per certa la morte della persona cara, la difficoltà a riconoscere può avere cause oggettive, rispetto alle modifiche apportate dalle cause della morte, ma talvolta anche giacere nella non accettazione. I familiari riportano un livello importante di angoscia quando non possono andare a vedere il defunto, stare con lui ('he was laying there and he was cold and he needed me, and I dreamt that for quite awhile. I wasn't there' (Harrington e Sprowl, 2011, p. 76). (Difese come esperienze dispercettive, cosa è reale, cosa non lo è, vivere un'esperienza onirica, vivere in un incubo... attesa di risvegliarsi, depersonalizzazione: Descrivere quanto sta accadendo come se stesse succedendo in un film, con una distanza emotiva/eventualmente dissociazione, ecc.).

La sensazione di vuoto veniva descritta da parte di chi non ha potuto vedere il caro: "a void' or emptiness that has remained with them" (Harrington e Sprowl, 2011, p. 76).

Come parte fondante l'accettazione: quel corpo che non potrai più vedere, toccare, accarezzare in vita, ora lo lasci andare anche nella morte, immortalare nella foto, pudore nel gesto, il non più. Sono solo i familiari ad avere relazione a 'possedere' quel corpo? Talvolta le relazioni importanti dell'esistenza non sono necessariamente all'interno della cerchia familiare, arrivano in studio racconti di storie di relazioni extraconiugali o relazioni affettive strette ... Permettere il saluto anche per loro.

Vedere subito il corpo può avere valenze diverse rispetto al vederlo in un secondo momento in camera mortuaria: il vedere subito il corpo sembra permettere ai familiari di essere con il proprio caro durante la transizione dalla vita alla morte (Harrington e Sprowl, 2011, p. 77); vedere subito il corpo come conferma della realtà e delle circostanze della morte e aiuto a superare lo shock (in ospedale, sul luogo del decesso, piuttosto che vederlo solo nella bara, ecc.). Viceversa vedere la salma in camera mortuaria permette di dare l'ultimo addio, la separazione finale dal corpo fisico, come riportato da una familiare (Harrington e Sprowl, 2011, p. 77): 'This is the last time. That was a part of the accepting the experience [...] this one was an ending of the visual and the touching experience, so there's like two different pieces (Kelly)'.

Vedere il corpo in un secondo momento nella camera mortuaria (presso le pompe funebri) sembra permettere una conferma da parte della comunità della realtà della morte (*'social confirmation'*), oltre che la *chiusura* non solo per i familiari stretti, ma anche per altre persone “[...] she didn’t believe that this was really happening until she saw her in the casket. That was closure for her. ‘I didn’t need that kind of closure because I already knew, I had seen her at the hospital.’” (Harrington e Sprowl, 2011, p. 77, come anche Walter, 1996).

Vedere il corpo in sala mortuaria permetteva anche di confermare la vita del deceduto e il ruolo dei familiari come genitori, figli, ecc. In alcuni casi la bara stessa viene descritta come un ostacolo, una barriera all’esperienza di vedere il corpo. Invece la presenza o meno di dispositivi per la rianimazione non aveva trovato risposte riconducibili ad uno schema distinguibile (Harrington e Sprowl, 2011, p. 77).

La realtà della morte: conoscere i dettagli e le circostanze della morte per le autrici sembra diminuire una fonte importante di stress; non avere subito la possibilità di vedere il corpo sembra accompagnarsi nei familiari ad una sensazione di vuoto. Il tema sottostante il *desiderio intenso di vedere al più presto il corpo*, non è solo accertare l’evidenza della morte, ma anche il prendersi cura di ciò che resta, quasi una persistenza della presenza (*“the remaining presence and needs of the deceased”*), *prendersene cura*, sentire la *responsabilità* di esserci, di assistere la persona nell’ultimo passaggio (Harrington e Sprowl, 2011, p. 78).

Il sostegno ricevuto prima di vedere la salma e essere stati preparati all’esperienza viene apprezzato dai familiari, come pure *aver potuto scegliere e essere stati sostenuti*; un familiare sconsigliato dal medico legale di vedere il corpo ricordava la grande partecipazione, onestà e gentilezza con cui l’aveva fatto: ‘Se fosse mio figlio...’ (*‘if it were my son I would not view him’*, Harrington e Sprowl, 2011, p. 79).

Quante volte i professionisti coinvolti si sentono rivolgere la domanda ‘lei cosa farebbe?’, quali sono le implicazioni anche per i soccorritori di queste domande che possono far saltare una ‘distanza di sicurezza’?

A questo proposito Harrington e Sprowl osservano la *responsabilità etica del suggerire o meno di vedere il corpo, riconoscendo in questo una forma di potere collegato al ruolo professionale*, con possibili implicazioni sia nel caso in cui si appoggi la scelta di vedere il corpo che nel caso in cui la si ostacoli (Harrington e Sprowl, 2011, p. 79): “There is, however, an ethical responsibility in the role of the professional to be aware of exercising professional power,

which may better serve the professional than the bereaved family member". Una madre riportava di aver avuto *immagini negative ricorrenti* del corpo della figlia per moltissimo tempo; non si era pentita della scelta ('now I can still see that image but I have to go to the back of my head to see it [...] Before it was right at the front and it took a long time, making it stop, but I don't have any regrets [Anna]' (Harrington e Sprowl, 2011, p. 79). Nel loro studio Harrington e Sprowl sottolineano la preoccupazione per conseguenze anche gravi nel vedere il corpo in situazioni di corpi molto sfigurati, o con ferite sul volto: riportano tra i risultati della ricerca di Singh e Raphael del 1981 il caso di una persona che avendo visto il figlio aveva avuto reazioni drammatiche sfociate in psicosi (Harrington e Sprowl, 2011, p. 69).

L'articolo conclude ribadendo "il valore intrinseco del vedere a seguito di morte improvvisa", auspica ricerche future che analizzino con attenzione anche aspetti collegati al genere, alle differenze culturali e agli eventuali effetti negativi del vedere a seconda del tipo di morte o nelle situazioni post autoptiche, nei casi di morti per cause violente, come l'omicidio, e le ulteriori difficoltà determinate da pratiche e processi legali. Le autrici si chiedevano inoltre se vedere il corpo potesse influire sul processo del lutto anche in assenza di informazioni concrete (una donna raccontava che dopo cinque giorni di inferno trascorsi nell'attesa di vedere il corpo, alla fine aveva deciso di non vedere il corpo perché 'he was already gone', Harrington e Sprowl, 2011, p. 79).

Viewing nel caso di morte improvvisa: Senso di realtà e rimpianto, l'importanza della scelta, il significato trasformativo dell'esperienza (Mowll, 2009 e Mowll et al. 2015)

Nel ruolo di counselor forense e assistente sociale, nonché ricercatrice presso l'università UNSW (Australia), Mowll si è dedicata a sostenere i familiari nella scelta rispetto al vedere o meno il corpo dopo una morte accidentale, improvvisa e inaspettata. Nella ricerca pubblicata nel 2009 ('Reality and regret. Viewing or not viewing the body after a sudden death'), Jane Mowll si chiedeva se vedere il corpo di una persona cara deceduta in modo traumatico potesse avere conseguenze dannose per i cari, considerato che la diagnosi di PTSD riportava allora tra i criteri l'essere stati testimoni di un evento che ha comportato la morte o il pericolo di morte o ferite gravi per una persona cara (DSM IV, 1994) (Mowll, 2009). Pur limitata a pochi casi la ricerca sembrava "confermare l'impressione clinica che non fosse necessariamente così, che la maggioranza delle persone trovavano beneficio dall'aver l'ultima occasione di vedere e tenere la

persona cara”, se adeguatamente preparate prima in modo da evitare esiti peggiori. Lo studio del dipartimento di medicina forense dell’Università NSW Australia, si occupava di indagare come l’esperienza di vedere o meno il corpo influisse sui parenti a distanza di 6-10 mesi dalla morte improvvisa e inaspettata (per omicidio, suicidio, incidente o cause naturali improvvise), persone morte sul luogo del decesso o in ospedale entro le 12 ore dal ricovero (Mowll, 2009). I partecipanti dello studio di Mowll erano parenti della persona deceduta, coniugi, fratelli o figli adulti; diverse le modalità della morte (2 omicidio, 5 suicidio, 11 incidente, 7 morte improvvisa per cause naturali) (Mowll, 2009, p. 4). La maggior parte delle persone (9 su 25) avevano visto il corpo e di queste nove in più di un’occasione. Il corpo era stato visto sul luogo del decesso (4), in ospedale (8), all’obitorio (6), presso la *funeral home* (10). Tutti avevano potuto toccare la persona cara e vederne il volto. La famiglia o la polizia avevano informato i familiari della morte telefonicamente o di persona. Tra i partecipanti, tre avevano trovato loro il corpo e in seguito lo avevano visto un’altra volta. Il vedere era stato motivato principalmente con la possibilità di *dare un senso di realtà alla morte, una sorta di chiusura e assicurarsi che fosse proprio lui*: ‘Seeing him...sort of finishes something. I think of him dead and it’s real. It helps with the reality. Seeing for myself that it was him’. Altre ragioni avevano a che fare con *la possibilità di dire addio per l’ultima volta*. Alcuni lo definivano più un *istinto che una scelta razionale* (‘I just felt I had to...it’s not a choice. Just to be able to see her again, as her mum’) (Mowll, 2009, p. 4).

Diversi partecipanti *non avevano potuto vedere il loro caro più di una volta a causa delle restrizioni date dalla polizia o dal personale funerario*. In un caso c’erano stati *problemi di riconoscimento* per le ferite al volto o per le discrepanze con la personalità in vita (‘*non sembrava più lui*’, ‘era freddo’, ‘in vita era una macchietta’). Due partecipanti avevano trovato il loro caro dopo un suicidio e per loro era stato importante *vedere di nuovo il corpo in un secondo momento, in un altro luogo più tranquillo* ‘to see him looking nice’ (Mowll, 2009, p. 4). Sei su 25 non avevano visto il corpo perché erano stati sconsigliati o avevano deciso che fosse “meglio ricordarli come erano”, o per *paure collegate al post mortem* o perché altri familiari avevano rifiutato (Mowll, 2009, p. 4). Tra coloro che avevano visto il corpo 18 su 19 affermavano di non essersene pentiti; una persona invece *inizialmente se n’era pentita molto* (figlio assassinato) perché non riusciva a togliersi l’immagine dalla mente, però poi afferma, che l’immaginazione avrebbe potuto essere peggiore: ‘then that faded [at about two month afer the death]... as I said, my imagination could have been worse’.

Anche se la maggior parte delle persone non se n'erano pentite, le reazioni all'esperienza erano state diverse, riassunte dalla testimonianza di una donna riportata dalla ricercatrice: *'È stata un'esperienza terribile, ma non qualcosa che non avrei fatto'* (Mowll, 2009, p. 4). Alcuni partecipanti erano dispiaciuti per le sembianze del deceduto e/o l'impossibilità per loro di avere la situazione sotto controllo, di decidere se vedere o meno il corpo, di non vederlo con dispositivi medici ancora collegati e viverlo trattato in modo *'indegno'*, oppure non poter decidere di vederlo in seguito (ibidem). Delle sei persone che non avevano visto il corpo, tre se ne erano pentite in seguito, una perché avrebbe voluto essere lui a identificarlo in quanto parente più stretto (*responsabilità*), due non avevano nessun rimpianto, uno lo avrebbe visto se gli fosse stata data la possibilità, ma non rimpiangeva di non averlo visto perché aveva avuto in seguito il tempo per sedere accanto alla bara, che gli aveva permesso di sentire la realtà della morte (Mowll, 2009, p. 4).

La persona che voleva ricordare il suo caro com'era in vita non rimpiangeva di non averlo visto e due mesi dopo aveva organizzato assieme ai membri del club motociclistico a cui appartenevano lei e la sua famiglia, una cerimonia per cospargere le ceneri (*'a mate of his scattered the ashes at the race track off the back of the bike, and that was more symbolic for us than the funeral'*) (Mowll, 2009, p. 5). Due dei partecipanti alla ricerca avevano deciso di non vedere il corpo del proprio caro e se ne pentivano profondamente; era stata data loro la possibilità dal funeral director, ma avevano rifiutato e in seguito non era più stato possibile. Persisteva in loro un senso di irrealtà riguardo la morte e l'impossibilità di pervenire a una chiusura del lutto *"a pervading sense of unreality about the death is because of not having seen the body"* (Mowll, 2009, p. 5): *"The mother said, 'There's still no finality to [his] death for me ... I feel unbelievable because I think I should have gone to see him, rather than remember him as he was. If I had gone and seen him...I would have put some finality to it, where as now it hasn't"* (Mowll, 2009, p. 5). Le tre persone che rimpiangevano di non aver visto il corpo attribuivano a questo il senso persistente di irrealtà che provavano (Mowll, 2009, p. 5).

Per Mowll la ricerca dimostrava che la consapevolezza della realtà della morte a seguito di morte accidentale era maggiore in chi aveva scelto di vedere il corpo e vedere il corpo era sentito come particolarmente importante per chi non era presente al momento del decesso; inoltre a distanza di tempo sembravano avere un esito migliore del lutto coloro che avevano visto il corpo (riporta lo studio di Worden, 1991, e Rando, 1986, Mowll, 2009, p. 5).

I risultati dello studio confermati dalla pratica clinica confermavano l'importanza di facilitare una discussione aperta sul vedere o meno il corpo, come e quando vederlo; di creare lo spazio per dare informazioni sulle condizioni del corpo, su cosa aspettarsi, oppure suggerire una visione parziale o con alcune parti del corpo coperte (Mowll, 2009, p. 5); di lasciare il tempo per fare la scelta migliore per loro ("Would you like to view?" (McKissock): no, I don't want him to be dead"). L'autrice suggeriva inoltre *l'importanza nel momento di crisi per un lutto improvviso di avere figure professionali preparate* in grado di comunicare in modo sensibile ed empatico con i parenti e garantire loro una scelta informata e consapevole (Mowll, 2009, p. 5).

La ricerca evidenziava come vedere il corpo presentasse delle *criticità* anche se in un numero ridotto di persone; *non evidenziava invece differenze nei punteggi relativi al trauma* tra chi aveva visto e chi non aveva visto il corpo, ma i primi avevano una maggiore consapevolezza della realtà morte con punteggi sulla realtà della morte maggiori (*disbelief or unreality*). Alcune delle persone erano riuscite comunque a trovare *altri modi di accettare la realtà della morte*, come un tempo di riflessione sulla bara, rituali alternativi, o parlare con altre persone a lutto (*l'importanza del gruppo di supporto, condividere l'esperienza con altre persone a lutto*) (Mowll, 2009, p. 5).

La ricerca condotta da Mowll, Lobb, e Wearing pubblicata sulla rivista *Death Studies* dimostra che vedere il corpo di una persona cara può avere significati trasformativi per chi resta, incluso un senso di realtà, di connessione, la possibilità di lasciare andare e di tornare alla propria vita senza il defunto (Mowll, Lobb, & Wearing, studio del 2015, pubblicato nel 2016, p. 18). 64 familiari di vittime di morte improvvisa e inaspettata intervistati sottolineavano l'importanza di vedere il corpo e di avere avuto la possibilità di scelta se vederlo o meno. Per alcuni l'esperienza era stata difficile, aveva provocato rimpianto e immagini intrusive; per altri familiari invece c'erano stati importanti significati trasformativi (*transformative meanings*) (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 18).

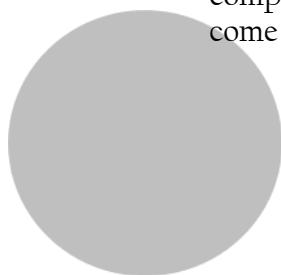
Questa ricerca riprende le conclusioni di studi precedenti: per i familiari vedere il corpo può offrire un senso della realtà della morte, altrimenti difficile nei casi di suicidio, omicidio, incidenti, o morte naturale dove esistano questioni legate alle verifiche legali, per cui le autorità possono rilasciare il corpo solo dopo gli opportuni accertamenti, e il personale coinvolto (funerario, sanitario, polizia, soccorritori) può ostacolare o scoraggiare la scelta; in altri casi l'identificazione del corpo era stata richiesta dalla polizia (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 18).

Mowll, Lobb, e Wearing fanno un veloce accenno anche alla controversa questione dell'esperienza di morte fetale o alla nascita (*stillbirth*), riportando come alcuni studi avessero avuto risultati differenti, per cui i genitori che avevano avuto la possibilità di vedere e tenere in braccio il neonato avevano avuto esiti psicologici peggiori (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 18 citano Badenhurst e Hughes, 2007); tuttavia ricordano come altri studi più ampi sembravano dimostrare esiti migliori per i genitori che avevano avuto la possibilità di vedere il bimbo morto (Cacciatore, Rådestad, Frøen, Mälardalens, e Akademien för Hälso, 2008) (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 18).

Ripercorrendo studi precedenti Mowll, Lobb, & Wearing (2016) ricordano come nel caso di morte traumatica in cui le vittime erano degli adulti, i parenti lamentavano angoscia alla vista del corpo (citano Feigelman, Jordan, & Gorman, 2009), del luogo della morte (citano Callahan, 2000), o dopo un'autopsia quando non presenti nel momento della morte (citano Ogata, Nishi, & Maeda, 2009).

Studi sugli eventi catastrofici sembravano dimostrare esiti migliori sul lungo periodo (citano Hodgkinson, 1995); il dispiacere per non aver visto la salma si collegava a fantasie o a immagini della morte (citano Singh e Raphael, 1981); gli autori citano anche Chapple e Ziebland (2010) e lo studio britannico dove i familiari adducevano come ragioni di vedere il corpo anche quando danneggiato la possibilità di comprendere la realtà della morte e prendersi cura del corpo del defunto ("understanding the reality of the death and caring for the body"); riportavano lo studio canadese che dimostrava come i familiari valutassero importante l'esperienza di vedere il corpo (Harrington e Sprowl, 2012) e uno studio svedese dedicato a casi di morte per suicidio, dove la maggior parte dei genitori avevano visto il figlio deceduto e non se ne rammaricavano, nonostante vi fosse una maggiore probabilità di avere ricordi intrusivi e incubi (Omerov, Steineck, Nyberg, T., Runeson, & Nyberg, U., 2014).

Infine ribadivano l'importanza del darsi il tempo per decidere se vedere o meno il corpo riportata da Chapple e Ziebland, 2010) (citati tutti in Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 18). Sottolineavano inoltre l'importanza di studiare la complessità del vedere (citando Omerov et al., 2014) per capire come contesti diversi potessero avere risonanze diverse sul lutto



nei sopravvissuti (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 3, citano Feigelman et al., 2009).⁶⁵

L'articolo si dedica quindi alla fenomenologia del vedere o non vedere il corpo in caso di morte inaspettata e improvvisa (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 3). Lo studio vede la partecipazione di 47 donne e 17 uomini, di età media 51 anni (26-82 anni), a sei mesi dalla morte; i partecipanti alla ricerca erano genitori, coniugi, fratelli o sorelle, figli, ecc. e le cause di morte: incidente, morte naturale, suicidio, omicidio. Il 75% dei partecipanti aveva visto il corpo dopo la morte, la maggior parte una volta sola. L'88 % non esprimeva rimpianto per la scelta. Le otto persone che non avevano visto il corpo dicevano di averlo rimpianto in seguito. I luoghi in cui avevano visto il corpo erano diversi: dove era avvenuto il decesso, in ospedale, in obitorio, dove si svolgeva il funerale, in chiesa (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 3).

Anche le esperienze raccolte erano molto diverse: la maggior parte riportava di aver sentito immediatamente dopo aver ricevuto la notizia della morte se voler o meno vedere il corpo: circa la metà aveva avuto la possibilità di scegliere; l'altra metà non aveva avuto possibilità di scelta o perché avevano trovato loro il corpo, o perché c'era stata la necessità di identificarlo, e sentivano che la loro scelta era stata affrettata, oppure erano stati sconsigliati di vedere il corpo. In questo ultimo caso riportavano rammarico (*regret*) se era stato contrario a ciò che avrebbero voluto (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 6). Ad esempio una madre aveva detto: 'non pensavo che avrei potuto scegliere' ('we just did it... but of course I would have wanted to anyway'). I partecipanti che avevano trovato il corpo non se ne rammaricavano nonostante l'intenso shock provato (i racconti includono tagliare la corda nei casi di suicidio per impiccagione, tentativi di rianimazione, alcuni già consapevoli che era troppo tardi). Tutte le persone intervistate, tranne una, rimasero con il corpo o tornarono dopo aver chiamato i soccorsi "thus creating a space to view their relative". Alcuni erano rimasti a parlare con il defunto per diverso tempo anche prima di chiamare i soccorsi; altri esprimevano il dispiacere perché non era stato concesso

⁶⁵ Il luogo e il contesto possono fare la differenza: un corpo ritrovato sul luogo del decesso o una salma ricomposta in luogo dedicato, sereno o trattato con interventi di tanato-cosmesi per alcuni permettono una riconciliazione con il passaggio, per controllare il terrore e l'angoscia della morte (Testoni, 2020, 2021), per altri una mera esteticizzazione (Fernandez, 2011) o una forma di negazione della morte nel suo aspetto d'ombra (Carotenuto, 1997).

loro l'ultimo saluto, e ricordavano almeno la possibilità di stare vicino durante il funerale ('I was within touching distance from his coffin, I was concentrating on [him]... I wanted to be right up close to him').

Altri raccontavano di aver continuato a parlare e a prendersi cura del defunto mentre pulivano lo spazio dove era avvenuto il decesso ('I needed to keep going back to him to get it out of my system'); altri avevano sentito che era importante nonostante poi le immagini sulla degradazione del corpo si erano ripresentate ('I still see it clearly in my mind... I just let it flow, just allow the thoughts to come and go') (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 3).

Lo studio di Merlevede et al. (2004) sottolinea quanto i familiari avessero apprezzato di poter essere accanto alla persona appena morta (salutarla quando il corpo era ancora caldo) se sostenuti adeguatamente dagli operatori, nonostante la ricerca non avesse degli indicatori evidenti di questo ("Relatives who witnessed the death or attended briefly after the death reported that 'taking leave of a warm body' was very meaningful to them but only when they were sufficiently informed by the staff", Merlevede et al., 2004, p. 347).

Ad alcune persone inizialmente il personale investigativo aveva impedito di restare accanto al corpo, e avevano lottato per restarci vicino ('I kicked up a stink, so they let me sit with him') (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 7). Secondo alcuni partecipanti alla ricerca la possibilità di trascorrere del tempo vicino al corpo sul luogo del decesso li aveva aiutati ("helped their grief" 'for me that time was for me, I could just sit there and talk to her and say goodbye... that really helped me with the next few weeks, it made me appear stronger than others'). Per altri partecipanti era stato un aiuto trovare successivamente il corpo in un luogo diverso, più sereno, per superare in parte l'orrore di aver trovato il corpo (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 7), ribadendo anche l'importanza di poter decidere in un momento successivo se rivedere o meno il corpo, a distanza dallo *shock* iniziale del ritrovamento del corpo, quando invece non c'era stata possibilità di scelta (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 7).

I partecipanti che avevano visto il corpo all'ospedale, all'obitorio o presso i servizi funerari avevano sentito il bisogno di un supporto professionale (assistenti sociali, polizia, personale funerario), che potesse assicurarsi se loro volevano veramente vedere il corpo, fornire loro con delicatezza una descrizione di come il corpo appariva, del luogo, della possibilità o meno di trascorrere del tempo con il corpo, di poterlo toccare, e che mostrasse loro empatia: "Helpful support included: checking if they wanted to view the body; giving a sensitive

description of the body and room (including coldness, injuries, skin colour, and presence of tubes); allowing time alone; allowing touch; and, showing warmth and empathy” (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 7).

Gli autori raccomandavano di *assicurarsi che il familiare fosse davvero d'accordo di essere lì*, prima ancora di procedere alla descrizione di com'era il corpo. In un caso il direttore dei servizi funebri aveva sconsigliato caldamente ad una madre di vedere il corpo del figlio dicendo che il ricordo l'avrebbe perseguitata per tutta la vita: “It will haunt you for the rest of your life’ if I saw him”; pur accettando il consiglio nei mesi successivi provava un intenso rimpianto per non averlo visto, sentendo che la sua morte non era reale, assalita da immagini intrusive: “She was troubled by repetitive thoughts about his body, which she attributed to being advised not to see him”; avrebbe preferito avere una possibilità di scelta e che il personale l'avesse aiutata (“Try and help them to really think about it, not just decide yes or no”) (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 8).

L'esperienza del *viewing* era stata definita molto importante dalla maggioranza dei partecipanti, qualcosa che li aveva aiutati nel lutto. Per pochi era stato solo leggermente importante (“slightly important”), e una minoranza dei partecipanti invece si rammaricava di aver visto il corpo (12%) (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 8).

Se tra i motivi a favore del *viewing* c'era la realizzazione della perdita, i racconti rispetto al vedere riportavano fluttuazioni rispetto alla realtà (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 8): una madre a proposito del figlio deceduto diceva di non aver creduto al dottore (“I didn't believe him [the doctor] it did actually happened”); quando aveva visto il corpo del figlio nel luogo del funerale lo aveva trovato freddo, molto meno reale di quando era in ospedale; nei racconti i pronomi oscillano (come osservano anche Chapple e Ziebland) tra ‘it’ e ‘he’ (“I much preferred it at the hospital because *it* was more real – *he* was more real”), come altalenante era la realtà della perdita: la morte era descritta come surreale (“surreal, it took [a few weeks] for reality to sink in”).

La madre raccontava che non sarebbe stata capace di affrontare la morte del figlio se non l'avesse visto morto, descrivendo l'esperienza necessaria per poterci credere (“to make it believable”) (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 8). Una realtà difficile da accettare, che necessitava di tempo, perché la possibilità di credere l'impossibile, l'incredibile, venisse avanti, di pensare l'impensabile.

Si ricorda come metà delle vedove intervistate da Parkes a distanza di più di un anno non riuscivano a credere alla morte del marito (Parkes, 1980, p. 78). Nello studio di Mowll, Lobb, & Wearing (2016) tra i partecipanti c'era chi raccontava di essere

stato più volte a vedere il corpo, per comprendere la realtà della morte, della differenza tra vedere il corpo in ospedale, subito dopo il decesso, oppure più tardi (*multiple viewing*): una sorta di transizione verso l'affrontare e accettare la realtà, dice il padre di un neonato deceduto ("it provided a transition to coping with reality") (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 9).

Il vedere era descritto anche come un'opportunità di essere in relazione con la persona (*relational connection*): la persona era ancora una presenza incarnata con cui poter parlare, da poter toccare, abbracciare, di cui prendersi cura ("the person was still embodied and they could touch, hold, talk to, and care for them") (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 9).

Anche prendersi cura del corpo, che fosse pulito e ordinato prima che altre persone lo potessero vedere, era un aspetto sottolineato dai racconti ('make sure it was clean and tidy before anyone else saw him'): sentire di aver fatto tutto il possibile per il corpo del familiare oppure per alcuni farsi intermediari con altri familiari in lutto rendeva più facile il dopo (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 9). Aspetti di cura del corpo vengono sottolineati soprattutto dalle madri ("Physical caring for the body was important") avere la possibilità di portare un gioco appartenuto ai figli, oppure della musica, o trascorrere del tempo con il figlio morto per un incidente in bicicletta: 'it's a loving thing... my last time to care for him as his mother', l'ultima volta nel suo ruolo di madre (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, pp. 9-10). Una figlia che aveva potuto stare con la madre deceduta al Pronto Soccorso raccontava di aver apprezzato ogni minuto di quell'esperienza ('I enjoyed every minute of it'). Il *funeral director* in seguito non le aveva permesso di lavare e vestire il corpo per la veglia. In questo ambito il conflitto tra usanze diverse e restrizioni aumenta l'angoscia. L'esempio riportato è quello del rituale greco ortodosso che non prevedeva interventi di tanato cosmesi: 'we just don't do make up, (they) did her hair, I pulled down her fringe but they stopped me touching her... They dressed her badly. I would have done it differently [if I was allowed]', (diventa motive di conflitto, 'the big frikkin' deal, I mean she's dead anyway!') (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 10).

Lasciare andare (*relinquishing*) il corpo fisico viene descritto talvolta come qualcosa di molto più rilevante che dare semplicemente un ultimo saluto: continuare ad entrare ed uscire, per stare con il corpo del figlio; mantenere una connessione, un legame, sostenendo il paradigma di un "*continuing bond*" (citano Klass e Walter, 2001). Ad esempio la moglie di una persona deceduta per suicidio parla non di chiusura, ma di 'un addio al

senso di presenza terrena' ("viewing was 'A farewell – not a closure – a farewell to a sense of earthly presence'.") (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 10).

L'addio al senso di presenza terrena pone riflessioni rispetto a cosa sia un corpo morto per chi resta, cosa rappresenta per loro, per noi (cfr. le riflessioni di Carotenuto, 1997, in *L'eclissi dello sguardo* a proposito di E. A. Poe, pp. 42ss.).

Gli autori affermano che le persone devono essere protette se le condizioni del corpo sono deteriorate. Nonostante la maggioranza delle persone ascoltate non rimpiangesse di aver visto il corpo, l'esperienza veniva comunque raccontata come difficile e gli elementi di difficoltà includevano la freddezza del corpo, l'aspetto alterato, la mancanza di tempo da trascorrere con il defunto (anche da soli), il divieto di toccarli e stringerli, e immagini ricorrenti della vista del corpo in seguito (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 10). L'aspetto diverso veniva notato sempre, che fosse lo stato del corpo o i vestiti e la pettinatura: 'I couldn't believe she was there' 'cold, lifeless' 'it didn't feel like my sister'; per quanto riguarda i vestiti e la pettinatura un partecipante ricorda che la fece ridere come era stata acconciata: 'Oh what have they done to your hair –, sussurra alla sorella 'I'll mess it up a bit for you... 'cause it was very Granny' (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 11).

È importante osservare come un terzo dei partecipanti, pur ribadendo l'importanza di aver visto il corpo, abbia avuto in seguito al *viewing* immagini ricorrenti; queste immagini si fanno meno frequenti con lo scorrere del tempo. La presenza di personale professionale (in questo caso assistenti sociali), aveva contribuito a rendere meno difficile il *viewing*. Il confronto con la morte apriva a situazioni precedenti dove il corpo era stato visto in modo traumatico, a differenza della situazione raccontata come meno difficile perché erano stati preparati con una comunicazione adeguata e con la possibilità di scelta (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, pp. 11-12): "These experiences suggest that being provided skilled preparation and choice may help bereaved people accomodate intrusive images". L'aver visto il corpo per alcune persone era stato d'aiuto anche in seguito, nel momento del funerale: sapere cosa c'è nella bara senza doverlo solo immaginare (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 12) (vedi supra Kingsolver, 2023); inoltre, avere immagini anche persistenti non sembrava essere motivo per rammaricarsi di aver visto il corpo (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 12).

Molti racconti sembravano sottolineare la differenza giocata dalle modalità con cui questo era avvenuto. Le persone che in seguito avevano rimpianto di aver visto il corpo erano state incoraggiate dagli altri nonostante non fossero sicure di volerlo vedere, oppure avevano dovuto decidere in fretta, subito

dopo la morte, e non avevano avuto il tempo e il supporto necessario per decidere in modo consapevole (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016 p. 12).

Il rimpianto per aver visto il corpo della persona cara era collegato alla mancanza della possibilità di scelta, all'aspetto diverso della persona rispetto a quando era in vita, alla presenza di ferite, di decomposizione o di dispositivi medici, e all'aver avuto in seguito immagini intrusive. Per esempio una donna accorsa in ospedale per vedere il marito non era riuscita a mettersi in relazione con lui ed esprimeva tutta l'angoscia di aver visto il corpo: 'ti senti dannato se lo fai e dannato se non lo fai' ('I couldn't relate to him at all and when I think of the hospital and the tubes I get upset...but I think in the shock if you don't see somebody you are in disbelief so it's sort of damned if you do and damned if you don't it') (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 12).

L'eventuale rimpianto di aver visto il corpo è spesso collegato alla possibilità di scelta e all'aver ricevuto o meno un supporto adeguato. Una persona testimoniava di non aver potuto avere un'adeguata esperienza del corpo (*lack of body experience*): quando arrivò all'ospedale le fu detto che il marito era morto e sentiva che l'esperienza era stata troppo veloce, con troppa gente presente e le era mancato un tempo adeguato per fermarsi con lui, non aveva avuto nemmeno un momento in privato, oppure era stato non dignitoso ('I don't regret having seeing him, I wish I'd seen more of him, there was no time to say goodbye, and going to the funeral parlour was just wrong. I kind feel a bit cheated I think...at the funeral home it didn't look like him, his mouth [was wrong], there were the signs of the autopsy') (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 13).

Come sottolineano gli autori, dai racconti emerge la complessità di scegliere, la necessità di un supporto, e i significati attribuiti all'esperienza del vedere ("Emerging from these narratives are the complexities of choice, the need for support, and the attributed meanings of viewing") (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 13).

Delle 16 persone che *non avevano visto il corpo*, otto riportavano di non essersene pentite perché era stata una loro scelta; le ragioni addotte erano evitare i cattivi ricordi e ricordare la persona com'era in vita: 'era una persona così vitale e preferivo ricordarmelo così', dice una moglie del marito defunto (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 13). Per altri persistevano difficoltà nel credere che la morte fosse reale, ma non attribuivano questo a non aver visto il corpo (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 13). Coloro che dicevano di non provare rimpianti, non raccontavano immagini o fantasie riguardo il corpo, ma ricordavano di aver cercato altre modalità per dare un significato alla morte, come vedere la bara, spargere le ceneri, andare sul luogo del decesso, pulire la casa, leggere i report ("These participants sought other

ways of making sense of the death, including seeing the coffin, scattering the ashes, visiting the scene, cleaning the house, and reading reports”) (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 13).

Gli altri otto partecipanti parlavano invece di un profondo rimpianto per non aver visto il corpo: avrebbero voluto, ma erano stati trattenuti e sconsigliati dal vederlo, oppure costretti a scegliere troppo velocemente (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 13); raccontavano di difficoltà persistenti nel credere alla realtà della morte, di sogni ricorrenti in cui andavano in cerca della persona cara, di visitare la tomba e sentire che la persona non era sepolta lì (“a troubling sense that the death was not real, repetitive dreams of searching for them, and visiting the grave and feeling like the person was not buried there”) (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 14).

La madre di un ragazzo che si era suicidato in auto raccontava di essere rimasta sul luogo per delle ore poiché non le era stato concesso di vedere il corpo; quando tre giorni dopo avrebbe potuto vedere il corpo aveva rifiutato e provava un forte rimpianto, in una continua oscillazione tra certezza e incertezza, per non aver avuto il tempo di pensarci (‘I just wanted to hold him’, ‘and I thought no’). Si lamentava di non averlo potuto vedere subito perché sentiva che lo avrebbe fatto (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 14). La madre si dibatteva nel senso di irrealtà che attribuiva a non aver visto il corpo del figlio (“struggled with a sense of unreality that she attributed to not seeing her son”, ‘you sort of don’t realize he’s there... it’s hard to explain, like I know he’s there, but when I go... I don’t know’) (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 14). Il ragazzo era stato identificato da un vicino e la madre lo aveva fatto seppellire con una zia perché non restasse solo (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 14).

In questa oscillazione tra volere vedere il corpo e non vederlo o non avere la possibilità di vederlo c’è la paura di avere in seguito dei brutti ricordi. Una persona che non aveva visto la cognata morta raccontava di non riuscire a pensarla morta; evitava di vedere una fotografia che l’assistente sociale le porgeva perché temeva che nel caso le sembianze del corpo fossero state buone avrebbe rimpianto ancora di più di non averla voluta vedere (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 15). Le persone che erano state sconsigliate di vedere il corpo e rimpiangevano di non averlo visto lamentavano immagini di come apparisse e delle circostanze della morte (incidenti) quasi vedessero un video e descrivevano l’esperienza come terribile (‘deal with the uncertainty’ ‘I had visions of what he must have looked like’, ‘lo avessi saputo avrebbe potuto essere diverso’) (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 15).

Nella discussione dell'articolo gli autori riconoscono la sfida di dare la possibilità di scelta in situazioni intrinsecamente senza scelta, come nel caso di morte inaspettata: il personale di supporto ha il compito importante di facilitare una persona in lutto nello scegliere se vedere o meno il corpo (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 15). Gli autori ricordano come i sentimenti di impotenza nell'immediato di una morte improvvisa possono essere molto angoscianti e diventano importanti le azioni che aiutano le persone a gestirle (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 15, citano Pearlman, Wortman, Feuer, Farber, e Rando, 2014). Anche in situazioni medico-legali dove diventa ancora più importante mantenere "a space for reflection" per le persone in lutto (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 15, citano Drayton, 2013).

Per permettere alla persona in lutto una scelta consapevole può essere dunque d'aiuto offrire una descrizione più che consigli emotivamente impegnativi ('ti perseguiterà per il resto della tua vita') che possono creare immagini angoscianti; Mowll, Lobb, & Wearing (2016) indicano inoltre l'importanza di sintonizzarsi con i familiari in lutto, raccogliere segnali verbali e non verbali che possano indicare la situazione in cui si trovano, se sono in grado di capire le informazioni che vengono date loro, assicurarsi che queste vengano fornite in modo graduale e in modo tale da essere comprese ("take steps to tune in and engage with the person, slow down the process, and pace exposure by giving information in graduated stages") (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 15, citano Harms, 2007 e Parkes, 2008). 'Vedere il corpo non era solo un compito difficile e necessario. Per molti in questo studio era un processo pieno di significato, anche quando il corpo era modificato a causa di ferite o per decomposizione' (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 16).

Le interazioni con il corpo, come il decidere se vederlo o meno, appartengono al processo di dare un senso (*meaning making*) nei giorni successivi alla notizia del decesso (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 16, citano Armour, 2003). Per alcune persone la decisione se vedere o meno il corpo era già chiara, ed era necessario poter dar seguito alla scelta (per esempio, esaudire il desiderio di trascorrere del tempo con il corpo) (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 16, citano Gillies et al., 2013). Tra gli aspetti positivi del vedere il corpo o averlo visto le persone riportavano la necessità di dare un senso di realtà all'evento (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 16, citano Mowll, 2007). Inoltre vedere parlare, toccare, stringere il corpo e prendersene cura, per alcune persone rappresentava la possibilità di esprimere l'unicità della relazione con il defunto e sfidare quel rigido confine tra vita e morte (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 16).

Per alcuni la presenza fisica del defunto permetteva di esprimere cura e amore, per altri stare a contatto con il corpo del defunto aveva significato poterlo lasciar andare, passare ad un'altra fase dell'esistenza, della vita senza la presenza fisica del proprio caro. Altri collegavano sensazioni positive e di benessere all'aver visto il corpo (*'like a shade being lifted', 'I enjoyed every minute of it'*), sensazioni preziosissime soprattutto per il superamento del lutto (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 17, citano Tweed e Tweed, 2011). Anche in questo studio coloro che avevano visto il corpo del defunto riportavano di aver avuto immagini ricorrenti della morte (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 17, citano Omerov et al., 2014); a seconda di come era stata vissuta l'esperienza del *viewing*, questa veniva descritta come un'esperienza importante da chi ne valutava gli aspetti positivi, con rammarico invece da chi ne descriveva gli aspetti negativi (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 17).

Non poter vedere il corpo perché era stato suggerito di non vederlo procurava un persistente senso di irrealtà della morte, con tentativi di cercare la persona, o immagini ricorrenti del corpo del defunto (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 17, confermano i risultati di Singh e Raphael, 1981). Alcune persone che avevano scelto di non vedere il corpo avevano trovato altre modalità di dare un significato all'esperienza, come recarsi sulla scena della morte; altri raccontavano l'importanza di vedere il corpo anche se danneggiato e decomposto (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016, p. 17). Gli autori raccomandavano quindi che il personale si confrontasse sui momenti più opportuni, sulle modalità con possibilità alternative di vedere il corpo (anche di *"covered or partial viewing"*), piuttosto che sconsigliare di vederlo.

Nonostante consapevoli dell'importanza per i familiari di avere in simili situazioni un supporto professionale, gli autori ricordavano anche come questo non fosse sempre indispensabile (Mowll, Lobb, & Wearing, 2016); lo era piuttosto un *follow up* psicosociale in un momento successivo, che desse informazioni e supporto nei momenti critici dopo il decesso, a maggior ragione nelle situazioni di necessità investigative di per sé delicate.

Il supporto ai familiari a seguito di morte violenta o improvvisa

Le conclusioni dell'articolo esaminato sopra vengono riportate nell'articolo di Mowll del 2017, ampliato nella parte che riguarda il supporto ai familiari dato dai servizi sociali (Mowll, 2017, *Supporting Family Members to View the Body after a Violent or Sudden Death: A Role for Social Work*, pp. 94-112, *Journal Of Social Work In End-Of-Life e Palliative Care*). L'autrice si sofferma soprattutto sull'esperienza di supporto ai familiari nella sua attività di counselor presso l'obitorio di medicina legale

e riporta racconti di esperienze positive quando il personale si rapportava con attenzione e empatia, a differenza di un approccio troppo clinico, tecnico, intrusivo o anche troppo passivo (Mowll, 2017, p. 4).

La morte improvvisa di una persona cara comporta uno shock, talvolta con difficoltà a capire cosa fare, difficile anche solo ascoltare e comprendere le informazioni che vengono date riguardo lo stato del corpo, cosa aspettarsi, per questo avere un supporto è importante e viene apprezzato dalle persone a lutto (Mowll, 2017, p. 4). Poter verificare assieme le diverse possibilità, come scegliere se vedere o meno il corpo ed eventualmente il momento migliore ('I wish I'd had more privacy – you are not in control and... you need someone to [tell you] the possibilities', dice un familiare); aiutare i familiari a capire quali sono realmente le possibilità per vedere o meno il corpo, le eventuali restrizioni, la possibilità o meno di toccare, preparare, pettinare, lavare il corpo del proprio caro (Mowll, 2017, p. 4). La sensazione espressa di poter rivedere il proprio caro in pace (soprattutto per chi aveva trovato il corpo all'improvviso, non quindi ricomposto); quali eventualmente le parti che si possono vedere, la possibilità che un lenzuolo copra le parti più danneggiate, rispetto a vedere il corpo interamente (Mowll, 2017, p. 4).

Come sottolinea Mowll, anche le informazioni che si danno devono essere corrette, soprattutto nella confusione creata nelle situazioni di morte improvvisa e/o accidentale; devono essere date in modo adeguato e graduale, per rispondere ai bisogni della persona in lutto solo le informazioni strettamente necessarie, così che le persone possano essere preparate rispetto al 'cosa aspettarsi', non solo per quanto concerne le condizioni del corpo, ma anche la descrizione del luogo in cui viene collocata la salma, prima di arrivare (Mowll, 2017, p. 4).⁶⁶

Anche la dimensione temporale è fondamentale: poter avere il tempo a disposizione per vedere il corpo in tranquillità, potersi prendere il tempo necessario. È inoltre essenziale accettare che per alcune persone l'identificazione della salma possa essere solo un dovere a cui adempiere velocemente e il supporto esterno non venga sentito come obbligatorio (Mowll, 2017, p. 8). Tra le informazioni importanti da comunicare c'è la possibilità o meno di vedere il corpo da soli, la quantità di tempo a disposizione, la possibilità di avvicinarsi, di toccarlo, se vi siano eventuali restrizioni, prima ad esempio di un'autopsia; l'aspetto che avrà il corpo e il luogo in cui si trova sono elementi di forte

⁶⁶ Si veda in Allegato 3 l'esperienza raccontata dalla volontaria di Psicologi per i Popoli - Trentino ODV, Giovanna Endrizzi).

impatto, come è disposto, curato ecc., l'importanza della presenza di una persona di supporto che interagisca, ma non in modo intrusivo (che accompagni alle possibilità date, “puoi toccare”, ecc.); la possibilità di essere accompagnati nell'esperienza con la calma necessaria, senza che diventi una formalità dettata dalla fretta e dall'angoscia. Per Mowll è necessario essere consapevoli di come sia un'esperienza soggettiva, che può essere molto diversa da persona a persona, così come lo sono le reazioni suscitate. La raccomandazione di non vedere può a sua volta creare sofferenza e indecisione. Tra gli aspetti da considerare ad esempio c'è la presenza o l'assenza di dispositivi medici (tubo tracheale): alcuni familiari lo possono vivere come un'esperienza emotivamente più intensa, per cui è importante fornire informazioni al riguardo e ricordare la possibilità di vedere il corpo in un momento successivo, quando i dispositivi medici saranno stati rimossi (Mowll, 2017, p. 10).

Tra le informazioni da dare ci sono quelle che riguardano la sembianza del corpo e le possibilità di interazione con esso: il corpo sarà rigido e freddo, è possibile parlare, salutare raccontare, avere il tempo di entrare, uscire e ritornare più volte se necessario, o di poter accompagnare altri familiari o amici, oppure trascorrere del tempo con la salma (Mowll, 2017, p. 11).

Allo stesso modo l'autrice suggerisce di dare la possibilità che personale competente possa preparare e accompagnare anche i figli più giovani se lo desiderano, qualora i genitori non riescano a decidere (Mowll, 2017, p. 11). Personale preparato può intervenire anche a far rispettare esigenze profondamente diverse nelle situazioni in cui alcuni membri della famiglia insistono perché altri vedano il corpo; l'insistenza può contribuire ad agire in modo contrario ai propri desideri alimentando tensioni in futuro (Mowll, 2017, p. 12).

Vedere il corpo – ricorda Mowll – permette una serie di azioni che possono aiutare a confrontarsi con la realtà della morte: occuparsi materialmente del corpo, dare l'ultimo saluto al corpo fisico secondo la concettualizzazione del lutto come processo duale (Mowll, 2017, p. 12, cita Stroebe, Schut, 2010); accomiarsi dal morto e occuparsi degli aspetti pratici. Si agisce in una sorta di spazio liminale dove entrano in contatto e in comunicazione esigenze diverse e persone diversamente coinvolte, da quelle investigative e istituzionali a quelle dei familiari in lutto (“in this liminal space as they bridge the gap between working with the dead/death investigation system and working with the living in the context of bereavement support”) (Mowll, 2017, online p. 13). Un supporto in queste situazioni permette a familiari e amici di esprimere anche le emozioni più intense senza esserne sopraffatti, offrendo un contesto e un contenitore alle stesse (Mowll, 2017, p. 13), quasi una possibilità di ricreare

un ordine nel regno del caos distruttivo (vedi articolo di Ronchini, 2025; Testoni, 2021; Fernandez, 2011), una possibilità di mediazione rispetto al toccare o abbracciare il corpo, rispetto al prendersi il tempo necessario, anche solo per decidere se vedere o meno la salma, di avere del tempo per stare anche privatamente con il defunto (Mowll, 2017, p. 13).

Si tratta quindi di offrire un supporto professionale che lavori con tutto il sistema familiare e con i singoli individui, in alcuni contesti facilitando la comunicazione, soprattutto in situazioni di lutto a seguito di morte violenta: “actively seeking to broker agreements, informing family members of the status, and rights of others – such as partners and children – facilitating reunion using the viewing room a safe place to come together. Such skills may be invaluable in prioritizing family togetherness to cope with grief after violent death” (Mowll, 2017, p. 13, cita Dyregrov et al., 2016). Il supporto permette, inoltre, la possibilità di attribuire significato alla perdita, di pensare ai rituali che si vogliono adempiere, al tipo di funerale, ecc.

Mowll pone l'accento anche sulla responsabilità di chi esercita quel ruolo rispetto alle scelte delle persone che interagiscono con il corpo (Mowll, 2017, p. 14).

In alcuni casi dare un tempo stabilito (Mowll suggerisce un'ora per la preparazione, l'identificazione e i bisogni di chi assiste) permette una cornice temporale non sempre adeguata, ma che può aiutare a contenere il confronto con la morte in sicurezza, come il fornire i dettagli della morte in modo graduale (Mowll, 2017, pp. 14-15). Chi assiste i familiari in questa fase diventa un interprete del corpo del defunto (“act as interpreters of the dead body”) dando spiegazioni sull'aspetto, sui motivi dei segni o delle ferite, sul *rigor mortis*, spiegazioni che possono alleggerire l'ansia, nel rispetto di altre possibili interpretazioni (appartenenze a diverse culture e credenze, Mowll, 2017, p. 15; si veda anche *infra* Allegato 1). Insiste infine sulla necessità che vi sia un posto adeguato e accogliente per le persone a lutto (Mowll, 2017, p. 15).

Vedere il corpo a seguito di suicidio: uno studio svedese (Omerov, Steineck, Nyberg, T., Runeson, Nyberg, U., 2014)

Uno studio su larga scala sulla popolazione svedese del 2014 verifica l'ipotesi di Chapple e Ziebland (2010) con interviste a 666 genitori di giovani vittime di suicidio (73%); lo studio dimostra che le persone intervistate a distanza di 2/5 anni non rimpiangono di aver visto il corpo in un setting formale (Omerov, Steineck, Nyberg, T., Runeson, & Nyberg, U., 2014), ma non trovano riscontro rispetto a esiti migliori dal punto di vista psicologico al *viewing*.

Gli autori sottolineano come la maggior parte delle persone sentite aveva potuto scegliere, convalidando *l'importanza della scelta* da parte dei familiari, di essere sostenuti in questo dalle figure professionali preposte, di aver ricevuto informazioni adeguate rispetto ai dettagli del *viewing* e alle sembianze del corpo.

Quando viene espresso il rammarico di avere visto il corpo lo si collega spesso all'aspetto del corpo, ad averlo trovato così diverso, cambiato dalla morte. A questo proposito gli autori ipotizzano che in questi casi i familiari non siano stati preparati adeguatamente. I rimpianti rispetto al *viewing* sono stati soprattutto nei casi di morte per avvelenamento, più che per altre cause, oppure il rimpianto per un corpo in decomposizione, più che per un corpo sfigurato: a questo proposito gli autori suggeriscono che forse nei casi di morte violenta i familiari fossero stati preparati meglio sulle condizioni in cui avrebbero visto il loro caro, e il corpo stesso probabilmente era protetto alla vista, coperto, e i familiari stessi erano già pronti al peggio.

Dei 460 genitori che hanno visto il corpo (il 69% del campione iniziale), il 96% non si sono pentiti dell'esperienza, anche se associata a rischi maggiori di rivivere la morte del figlio in incubi e memorie intrusive, senza però un aumento di evitamento, ansia, depressione. ("The viewing was associated with a higher risk of reliving the child's death through nightmares and intrusive memories, but not with anxiety and depression", Omerov, Steineck, et al., 2014).

Gli autori sostengono quindi che la maggior parte dei genitori è in grado di scegliere se vedere o meno il corpo, quando assistiti da personale preparato, che sappia fornire informazioni adeguate "about the child's appearance and other details concerning the viewing, thus facilitating mental preparation for the bereaved person". Gli autori avvertono però che per fornire raccomandazioni cliniche è indispensabile avere ulteriori studi ("additional studies are needed before clinical recommendations can be made", Omerov, Steineck, et al., 2014):

"Research on the assumed, positive and negative, psychological effects of viewing the body after a suicide loss is sparse. We hypothesized that suicide-bereaved parents that viewed their child's body in a formal setting seldom regretted the experience, and that viewing the body was associated with lower levels of psychological morbidity two to five years after the loss".

È sempre fondamentale preparare i genitori sia riguardo la scelta di vedere o meno il corpo, qualunque siano le cause della

morte, sia riguardo l'aspetto del corpo; può essere d'aiuto se ciò avviene in situazioni accuratamente predisposte, o almeno in circostanze dignitose, con informazioni e supporto adeguati, anche nei casi in cui il corpo è danneggiato o non è stato preparato (*"complicating factors like an unprepared or damaged body might be accepted if the bereaved are carefully informed and supported during the viewing"*, Omerov, Steineck, et al., 2014).

In questo studio, la maggioranza di coloro che non hanno visto il corpo non ha cambiato opinione in seguito, mentre altri esprimono il rimpianto di non averlo visto, forse influenzati dalla convinzione espressa dalla letteratura sul lutto dell'importanza di vedere il corpo per una sana elaborazione del lutto (Omerov, Steineck, et al., 2014). Spesso la decisione viene influenzata da altre persone e dalle circostanze riguardanti il corpo.

È importante osservare invece come l'ipotesi che vedere il corpo in un setting formale possa avere esiti di minore sofferenza psichica non venga confermata dallo studio, ad una distanza temporale di due-cinque anni dall'evento: *"The viewing was associated with a higher risk of reliving the child's death through nightmares and intrusive memories, although no differences could be found regarding anxiety, depression or avoidance two to five years after the death"*, quindi in linea con gli studi di Feigelman e altri *"those who had not viewed had a lower level of grief difficulties than those who had viewed. Our findings on the psychological effect of viewing the body in a formal setting are in line with Callahan and Feigelmans's findings, thus challenging the notion that viewing the body is necessary for a healthy grief recovery"*, Omerov, Steineck, et al., 2014): *"In summary, in this Swedish population-based study, we found that by and large everyone that had viewed their deceased child in a formal setting did not regret doing so. We also found that the majority of the parents that did not view their deceased child did not wish that they had. We found no support for the position that viewing the body in a formal setting had a positive effect on the psychological outcomes, two to five years after the loss"*.

Gli autori si concentrano sul vedere il corpo in un contesto formale, mentre citano altri studi su come nei casi di suicidio vedere il corpo oltre che in un setting formale, anche sulla scena



della morte, abbia aumentato le difficoltà dei familiari nell'affrontare il lutto rispetto a coloro che non avevano visto il corpo.⁶⁷

Concludono quindi che nonostante non sia possibile fornire raccomandazioni, è importante che sia la persona a lutto a decidere, adeguatamente informata e supportata, se vedere o meno il corpo; per i genitori che chiedono consiglio si può avvertire come le ricerche sembrano indicare che i genitori che vogliano vedere il corpo solitamente in seguito non si pentono della decisione presa, e che spesso vedere il corpo è percepito come un aiuto, *ma non indispensabile per il recupero dopo il lutto* (Omerov, Steineck, et alii, 2014). Inoltre citano anche le raccomandazioni di Dublin e Sarnoff (1986) secondo i quali tutte le persone a lutto dovrebbero avere *la possibilità di scegliere* se vedere il corpo, ma soprattutto, qualora preferiscano non vederlo, devono essere rinforzati nella loro decisione (Omerov, Steineck, et al., 2014, citano Dublin e Sarnoff, 1986).

Vedere il corpo nel contesto delle cure palliative: uno studio qualitativo

(“I dressed her up in her best dress”: The experiences of the dead body for bereaved relatives in the context of palliative care”, Mowll, Bindley, Lobb, Sanderson, & MacLeod, 2022).

L'esperienza del vedere il corpo di una persona cara morta dopo malattia presenta alcuni aspetti sovrapponibili a quelli discussi finora riguardo situazioni di morte improvvisa e accidentale, pur nella profonda diversità di situazione.

Una recente ricerca di tipo qualitativo dedicata alla morte nel contesto delle *cure palliative* riguarda il tema dei familiari e la loro *esperienza con il corpo del defunto* (Mowll, et al. 2022). Si tratta di un più ampio *studio longitudinale*, che prevede un'intervista semi strutturata, condotta tra il 2018 il 2019, a distanza di sei mesi, dopo il decesso, di 58 persone.

⁶⁷ “Feigelman and co-workers found that those who had not viewed had a lower level of grief difficulties than those who had viewed. Our findings on the psychological effect of viewing the body in a formal setting are in line with Callahan and Feigelmans's findings, thus challenging the notion that viewing the body is necessary for a healthy grief recovery. The opportunity and decision to view or not to view the body are influenced by numerous factors (...). We have no quantitative data on whether the parents wanted and/or had the choice to view the body at the time of death. However, the written comments to the questions suggest similar to previous studies that the decision often was influenced by other persons and circumstances surrounding the body” (Omerov, Steineck, et al., 2014).

Lo studio che si basa sul *significato sociale del corpo* evidenzia cinque temi narrativi dell'esperienza dei familiari con il corpo del defunto: 1) il dualismo tra il *corpo come persona e la persona come corpo* (corpo del defunto come persona (lei/lui) e 'soltanto un corpo' (non è più lei/lui), 2) *la morte negli spazi sociali*: l'esperienza del corpo vissuta nel contesto domestico o in quelli più formali; 3) *tempo con il corpo*, lasciare il corpo: aspettative rispetto la giusta quantità di tempo concesso per stare/lasciare il corpo; 4) *il senso di sapere o meno cosa fare con il corpo*; 5) *la preparazione del corpo*, la gestione della famiglia e del corpo da parte del personale (*professional caregivers*) (Mowll, et al., 2022).

Gli autori ampliano le suggestioni di Chapple e Ziebland (2010), e la letteratura sull'esperienza del corpo del defunto per i familiari, ma lamentano la paucità di studi dedicati alla gestione del corpo del defunto e all'esperienza dei familiari rispetto al corpo subito dopo la morte, sottolineando come la *medicalizzazione* della morte e la *professionalizzazione dell'industria funeraria* nel mondo occidentale rischino di 'sequestrare' il corpo in contesti in cui gli stessi familiari non saprebbero più come agire (Mowll, et al. 2022, p. 1). Si dedicano a comprendere le *condizioni del corpo*, la cura del corpo, dall'igiene alla rimozione dei dispositivi medici, all'importanza di rendere il *corpo presentabile*; ricordavano che la preparazione del corpo avviene in spazi separati, sottratti allo sguardo dei familiari, sia nelle strutture residenziali che nei setting emergenziali (Mowll, et al. 2022, p. 1). Il corpo viene sottoposto a interventi estetici per essere presentato ai familiari. Viene ribadita l'importanza della *scelta* e della *dimensione temporale* per il *viewing*, in termini di qualità e quantità, in un luogo adatto, se necessario più volte, preferibilmente in uno spazio simile al contesto domestico, anche se in un contesto ospedaliero (Mowll, et al. 2022).

Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona. (2020) The Last Glance: How Aesthetic Observation of Corpses Facilitates Detachment in Grief Work

Secondo Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona (2020) interventi di tanato estesi possano essere considerati come nuove forme di ritualità per separarsi dai defunti, in un contesto come quello della cultura occidentale contemporanea che relega e nasconde i corpi nelle camere mortuarie (Testoni et al., 2020) con possibili conseguenze psicologiche che vanno a interferire con il processo del lutto, mentre la manipolazione estetica del corpo dell'ultimo decennio potrebbe essere vista come un tentativo di trasformare la relazione di chi resta con il defunto.

La loro ricerca raccoglie le esperienze di persone che hanno scelto interventi di tanato estesi per il loro caro, con la convinzione che fosse quello confacente al desiderio del defunto; hanno avuto la possibilità nel momento preparatorio di spiegare al tanato-esteta come secondo loro la persona morta avrebbe voluto essere vista, e hanno avuto la possibilità di vedere per un lungo tempo il corpo, in sembianze pacificate che vanno a sostituire quelle ben diverse della malattia, esperienza importante perché il corpo del defunto era trattato umanamente.

Citando gli studi di White e colleghi (2017), Chapple e Ziebland (2010), Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona (2020) concordano che vedere il corpo del defunto possa essere di aiuto nell'affrontare la morte di una persona cara (concretezza della morte), se non è un'esperienza troppo traumatica. E aggiungono come il contesto sociale possa essere limitante se permette la congiura del silenzio e della negazione: "the cultural denial of death has widely impoverished the social language and impeded communication related to death or dying, thereby damaging communities". Chiedono che vi siano ulteriori cambiamenti nell'affrontare il tema del morire e della morte, ad esempio con un supporto spirituale all'interno delle cure palliative, e l'incremento della *death education* per tutte le età e i livelli scolastici.

I limiti della ricerca di tipo qualitativo, riconosciuto dagli stessi autori, è l'assenza di un gruppo di controllo, oltre alla scelta delle persone intervistate che avevano già scelto interventi di tanato-cosmesi.

Il corpo morto degli animali di compagnia, alcune riflessioni (The effects of corpse viewing and corpse condition on vigilance for deceased loved ones, White, Fessler, e Gomez, 2016).

A conclusione di questa sezione riguardo le reazioni rispetto ad un corpo morto, sembra interessante riportare uno studio del 2016 che riguarda gli animali domestici, sempre più presenti nelle case in Occidente come animali di compagnia. Lo studio in questione si concentra su come gli animali domestici siano spesso considerati delle presenze importanti (*partner*) e la loro morte possa provocare forti esperienze di lutto e di dolore. Gli autori indagano gli effetti del vedere il corpo di animali domestici, come le condizioni del corpo dell'animale influiscano sullo stato di *vigilance* e *false recognitions* collegato al cercare e aspettare il ritorno del defunto, vista l'importanza dal punto di vista evolutivo, poiché viene considerato meno dispendioso ricercare la persona perduta rispetto a iniziare una nuova relazione.

L'articolo riporta i risultati di un'inchiesta online alla quale hanno risposto 142 proprietari i cui animali da compagnia erano morti poco tempo prima.

Gli autori evidenziano come vedere un corpo con segni chiari della morte (ferite) o un corpo danneggiato, sembrerebbe ridurre lo stato di *vigilance* rispetto alla ricerca di segnali della presenza di questo compagno, mentre vedere un corpo privo di questi segni sembrerebbe non diminuire la *vigilance* a livello inconscio.

L'immobilità di un corpo in questo ambito sembrerebbe non essere un segno chiaro e definitivo di morte, dando maggiore riscontro a *false recognitions*, convinzione di vedere o sentire il defunto, che la letteratura sul lutto riconosce come molto diffuse nelle persone, soprattutto nelle prime fasi del lutto (queste si differenziano dalle allucinazioni perché le persone sono consapevoli dopo un primo momento che particolari rumori non provengono dalla persona cara deceduta, come le apparizioni, comuni nelle persone in lutto) (White, Fessler, e Gomez, 2016).

Gli autori non distinguono tra persone che erano presenti al momento della morte accidentale da quelle che ne sono stati informati da altri. La medicalizzazione del corpo ha allontanato la presenza del corpo morto, dai processi di preparazione della salma, dalla possibilità di vedere i corpi come realmente sono, non preparati, e una minore visibilità dei segni della morte, secondo gli autori potrebbe ritardare il processo del lutto:

"The medicalization of the dying process in industrialized societies and the parallel professionalization of mortuary services have radically altered the experience of having a loved one die, to the point that these nations have become outliers on the spectrum of the world's cultures (White, Marin, e Fessler, 2017, p. 164). Today, bereaved individuals in industrialized societies rarely participate in the preparation of the corpse, and, indeed, have minimal exposure to cues of death of any sort; when visual contact does occur, it most often follows complex professional preparation of the corpse aimed at minimizing cues of death. Our work suggests that these evolutionarily novel practices may actually be retarding at least one part of the grief process by failing to deactivate agency detection. There is thus an urgent need for further research concerning how cues of death affect those who suffer the loss of a loved one" (*ibidem*).

Concludono infine con l'auspicio di ulteriori ricerche.



White C., Marin M., & Fessler, D. T. (2017). Not just dead meat: An evolutionary account of corpse treatment in mortuary rituals

White, Marin, e Fessler (2017) in un altro articolo si occupano del trattamento del corpo nei rituali funebri; suggeriscono che uno stretto contatto con il corpo del defunto permette alle persone in lutto di avere indizi importanti della morte effettiva, accelerando così quegli aspetti del processo del lutto che portano a distaccarsi dal defunto, in quanto non più disponibile come partner relazionale, e di ritornare al funzionamento sociale. Gli autori si spingono oltre: concordano con la letteratura che afferma l'importanza di vedere il corpo per un esito migliore del lutto e che vedere corpi danneggiati, dove i segni della morte sono più evidenti, possa essere un beneficio per un migliore recupero delle persone a lutto: "Today, bereaved individuals in developed nations rarely participate in the preparation of the corpse, and, indeed, have minimal exposure to cues of death of any sort – even when visual contact does occur, it most often follows complex professional preparation of the corpse aimed at minimizing cues of death. If our theoretical framework correctly explains the near-universal nature of the patterns evident in the ethnographic literature, then the likely result of such institutions is an exacerbation of individual suffering and the attendant costs to society." (White, Marin e Fessler, 2017, p. 164).

Proteggere i morti, proteggere i vivi: la gestione del corpo del defunto (corpi danneggiati, corpi assenti)

La gestione dei corpi in situazioni di epidemia e disastri naturali

Le situazioni di epidemia e altri disastri naturali mettono a dura prova la macchina dei soccorsi e i familiari delle vittime. Come garantire uno spazio e un tempo adeguati, come riconnettere le vittime ai familiari, alla comunità, anche laddove esistano delle politiche restrittive rispetto al riconoscimento e al vedere i corpi dei propri cari? In un articolo del 2021 (*Ethical and sociocultural challenges in managing dead bodies during epidemics and natural disasters*), Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori si occupano delle implicazioni etiche e sociali nella gestione dei corpi in situazioni di epidemia e disastri naturali.

Le autrici sottolineano come vi siano delle conseguenze importanti dal punto di vista etico e sociale per chi sopravvive, per le comunità e le nazioni, soprattutto laddove i corpi non vengono gestiti secondo le norme che servono a proteggere i vivi,

onorando rituali di cura determinati dalla religione e dalla cultura di appartenenza, rispettando il lutto dei familiari, e soprattutto superando ineguaglianze di trattamenti dettate dalla differenza di risorse disponibili (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021).

Le persone coinvolte nella gestione dei corpi dei defunti vanno dai familiari, alle comunità, dai responsabili delle pratiche religiose, ai guaritori tradizionali, e i “*last responders*” (necrofori, patologi, autorità nazionali, organizzazioni non governative, e organizzazioni mondiali), spesso con diverse priorità e interessi non convergenti che possono dare adito a tensioni e conflittualità (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021).

Le autrici si dedicano agli aspetti che reputano interessanti: il rapporto tra un *trattamento rispettoso del morto e il benessere di chi resta*, come gestire situazioni con molti corpi (fosse comuni/cremazione/per la paura del contagio, o per il numero delle vittime), l'importanza dell'identificazione delle vittime per permettere ai familiari una chiusura del lutto (*finding closure*), ma anche come queste siano situazioni a rischio di forti tensioni tra esigenze di sanità pubblica, con misure messe in atto a tutela di questa, e pratiche culturali e religiose del luogo; infine per aspetti di forti disuguaglianze nella possibilità di prendersi cura dei defunti (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021).

A proposito degli spazi a disposizione delle salme, le autrici ricordano come nei casi di *catastrofi o incidenti con molte vittime*, o in *luoghi non facilmente accessibili*, gli spazi non siano gli obitori (anche per il numero importante di vittime in alcuni casi), ma le salme vengano disposte negli spazi disponibili: nello tsunami del 2004 i cortili dei templi thailandesi diventarono luoghi per conservare i corpi con varie modalità, ad esempio anche l'utilizzo del ghiaccio (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021); talvolta sono situazioni che costringono a sepolture provvisorie, o dove si deve ricorrere a stratagemmi per la conservazione del corpo (vedi il racconto sul sale nel libro di Tervonen, 2022). Nell'epidemia di Covid-19 le vittime erano collocate in camere vuote degli ospedali o addirittura nelle piste di pattinaggio (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021).

Affrettare la sepoltura spesso è un altro modo di evitare la paura del contagio, che sembra essere vera solo in alcuni casi (si veda l'esempio dell'epidemia di Ebola, colera e peste, a differenza del Covid o delle catastrofi naturali) (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021).

Come dimostrato dalla letteratura esistente, *il corpo della vittima* assume un ruolo importante per i familiari in quanto aiuta a “*chiudere il cerchio*” del lutto, mentre *in caso di assenza di un corpo identificato* il processo del lutto può avere conseguenze psicologiche importanti che durano nel tempo (si veda la letteratura citata da Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021). L'identificazione dei corpi appartiene ai diritti umani fondamentali, come vedremo anche in seguito rispetto alle vittime disperse in mare o in fosse comuni (“The significance of identifying bodies has been said to be ‘one of the most basic of all human rights’”) con importanti aspetti psicologici, sociali, ma anche pratici, come ottenere un certificato di morte anche per esigenze di tipo assicurativo, contrarre nuove nozze e per procedere con i riti funerari (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021).

Una conservazione dei corpi non accurata oltre ad essere un ostacolo al trattamento rispettoso dei corpi, aumentando la possibilità di esiti traumatici per i sopravvissuti, può comportare molti problemi per l'identificazione futura, questo soprattutto nell'incertezza dilagante delle situazioni di disastri naturali dove diventa difficile risalire all'identità delle vittime: talvolta i membri della comunità non sanno come disporre le salme, cosa utilizzare: tag, foto e altre forme di identificazione *post mortem* indispensabili per la riesumazione delle vittime (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021). Inoltre *le politiche restrittive*, la confusione per uno stato di crisi o un numero elevato di vittime rendono impossibile procedere con i riti previsti dalla cultura o religione di appartenenza, causando grandi sofferenze ai familiari, che vedono i loro cari trattati in modo non rispettoso delle culture e religioni di appartenenza, e alle comunità (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021, citano Sumathipala et al. sullo tsunami del 2004 in Sri Lanka).

Viene a crearsi, sottolineano le studiose, *una tensione etica* tra la necessità di preservare i vivi da possibili contagi e la necessità di rispettare i morti secondo le pratiche previste dalla cultura e dalla religione di appartenenza, come accaduto nei casi di epidemia (Ebola 2014, Covid-19): talvolta soprattutto laddove manchino risorse e comunicazioni adeguate, *riti non accettabili* per la cultura locale *vengono imposti* e necessariamente portati avanti (ad esempio in Liberia, dove la cremazione era percepita come un tabù e aveva importanti ripercussioni psicologiche sui familiari) (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021): “...local culture was neglected as an inconvenient and backwards obstacle to the elimination of the virus [...]. The communities

were blamed for their ‘resistance’ to the epidemic response; however, in fact, limited *resources* and *inconsistent communication* with the burial teams contributed to some people personally burying their deceased loved ones before the arrival of the body collection team.”

La difficoltà a rispettare i riti locali portano talvolta le comunità a procedere a seppellire i loro morti senza attendere il personale deputato a prelevare i corpi (*ibidem*). L’articolo sottolinea come il *coinvolgimento anche dei leader religiosi e la comunicazione data* da loro sia indispensabile per mediare portati culturali e necessità diverse nella gestione delle salme, soprattutto considerando il disagio psicologico associato alle regolamentazioni restrittive rispetto alla partecipazione ai funerali (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021).

Come dimostrato dall’epidemia del Covid-19: molte vittime morirono isolate in ospedale, separate dai loro cari, lasciati a vivere il lutto in solitudine, con la percezione di una ‘cattiva morte’ e un importante impatto psicologico sui sopravvissuti e sulla comunità tutta (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021): “[...] many people died alone in hospital, which is perceived as ‘a bad death’, and their loved ones were forced to mourn in isolation, which has negative psychological effects. The literature reports the potential psychological impact of these pandemic losses. Enabling the living to find closure by at least giving them some semblance of a funeral ritual is an integral part of the balance between managing the dead and helping the living”.

Esperienze riportate dimostrano che i riti funerari possono essere modificati in caso di necessità, come ad esempio dopo il terremoto di Haiti del 2010 (sepulture senza il corpo, “burial without bodies”) e anche nel Covid-19, e di quanto sia importante ricorrere a rappresentazioni simboliche che possano aiutare i vivi (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021): “the experiences from past crises show that funeral rites can be modified – for example, a study from Japan discussed post-tsunami burials without bodies, and practices were modified after the earthquake in Haiti in 2010 – there is a growing body of Covid-19 literature that focuses on how such symbolic representations could aid in improving the well-being of the grieving survivors.” (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021).

Nell’articolo vi sono importanti riflessioni dedicate alle *diseguaglianze di tipo socio culturali rispetto alla cura delle salme* in ogni

momento della gestione del corpo (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021): “It was revealed that several ethical and sociocultural issues arise at all stages of body management: notification, retrieving, identification, storage and burial of dead bodies.” (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021).

Esistono corpi morti senza nome e identità, e corpi morti illustri: si veda la scoperta del Titanic e altri morti in mare, come il recentissimo incidente dei magnati britannici, dove l'importanza dei personaggi coinvolti e la conseguente partecipazione mediatica non permette il silenzio che finisce invece per avvolgere molte altre morti in mare).

Maneggiare il corpo del morto richiede cura e rispetto: “as argued by Jones and Whitaker, a dead body should always be regarded as ‘somebody’s body’”, anche perché *una cura adeguata del corpo del defunto è ‘intimamente connessa’ alla cura e al recupero psicologico di chi resta* (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021). Trattamenti non adeguati come nei casi di catastrofi naturali, guerre, ecc. possono avere conseguenze gravi sui sopravvissuti, non per ultimo *la sfiducia* verso politiche di salute pubblica, nei momenti in cui diventa prioritario salvare vite umane (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021). Le autrici sottolineano l'importanza di piani di intervento in emergenza per far fronte alle crisi future con un'ottica centrata anche sul recupero, il trasporto, la conservazione dei corpi, assieme alla possibilità di garantire degne sepolture, soprattutto nei paesi con meno risorse; piani che prevedano la consultazione di tutte le parti interessate (*stakeholders*), spesso portatrici di visioni e interessi divergenti, compreso il cosiddetto ‘gruppo degli invisibili’, di coloro cioè che intervengono alla fine, come i patologi, coloro che recuperano le salme, i *funeral directors* e tutti gli altri operatori funerari, spesso sottoposti in situazioni di crisi a stigmatizzazione e stress, il cui impegno anche nei momenti pandemici resta sconosciuto; l'intervento della politica in queste situazioni in accordo con i leader religiosi, i membri delle comunità locali, deve garantire il rispetto delle credenze religiose e soprattutto del dolore dei familiari (Suwalowska, Amara, Roberts, & Kingori, 2021).

La mancanza del corpo: corpi non riconosciuti - vittime disperse

I corpi che non possono essere visti, composti, salutati sembrano farsi ancora più presenti. L'abbiamo visto nei tempi della pandemia da Covid Sars-19 nelle testimonianze dei familiari: “[...] mi trovo a pensare che sia ancora in ospedale”, piuttosto che

non credere che in quella bara ci sia il corpo del proprio caro (Marsili, 2020; Faure, 2021). La mancanza della salma per i familiari diventa la presenza fortissima dei corpi a livello collettivo, pubblico, delle salme come “oggetti da disporre”, l'immagine dei camion militari che trasportano le salme, nei racconti le salme nei sacchi (Marsili, 2020); i sacchi che racchiudono le salme nelle grandi catastrofi.

Nei casi di persone scomparse sappiamo quanto ritrovare la persona, o almeno il suo corpo “permette di cessare il tempo sospeso, l'angoscia dell'incertezza”, permette di iniziare il difficile percorso del lutto (Sbattella, 2016); altri autori ricordano il lutto ambiguo (*ambiguous loss*) (Testoni, Franco, Palazzo, Iacona, Zamperini, & Wieser, 2020; Pauline Boss, 2002, 2006, 2012). La necessità di acquisire consapevolezza non solo della concretezza della morte, della realtà, delle circostanze, di com'è accaduto. Il dolore dei familiari delle vittime disperse, scomparse, il lutto senza un corpo, i corpi senza un volto, le anime sparse. Le anime pezzentelle, quelle che restano anonime, abbandonate, non sepolte con riti del tempo, ‘adottate’ nei quartieri di Napoli dalle persone che pregano per loro perché possano dal Purgatorio ascendere al Paradiso (‘il culto delle capuzzelle’, Niola, 2022).

Quanto strati diversi e culture diametralmente opposte convivevano nell'Italia del '900, fino alla globalizzazione e in parte ancora oggi. Si pensi alle descrizioni di Carlo Levi dell'arcaismo dei contadini della Lucania osservati dal medico di Torino in Cristo si è fermato a Eboli (1945) alla metà degli anni '30. Il racconto dei contadini della Basilicata secondo Carlo Levi, sulle orme di Ernesto de Martino, nella commistione di mondo magico e cristianesimo, come lo ricorda Luigino Bruni: “Nel mondo descritto da Levi, non così diverso da quello dei miei nonni, c'erano gli spiriti, i santi, moltissimi morti, tutto era avvolto da una certa atmosfera spirituale più negativa e paurosa che positiva e rassicurante; una presenza sovranaturale costante fatta di elementi arcaici, di molta magia e di qualche innesto cristiano assorbito presto dall'humus animista antico. Non possiamo negarlo, l'Europa cristiana, la Christianitas medievale e pre-moderna è stata, infatti, frutto soprattutto dell'immaginazione dei teologi e degli ecclesiastici che confondevano la fede delle élite urbane e delle casate aristocratiche con quella di tutto il popolo cristiano. In realtà, nelle campagne, nelle montagne, i poveri e gli analfabeti hanno vissuto in un'attesa del messia molto simile a quella del popolo biblico [...]. Per Levi, Cristo e la sua fede diversa non si trovano in quelle terre, non sono scesi fin lì; al loro

*posto c'era invece la magia, la stregoneria, i monachicchi (gli spiriti dispettosi dei bambini morti senza battesimo), i morti: 'Per il vecchio, le ossa, i morti, gli animali, i diavoli erano cose familiari, legate, come lo sono del resto qui, per tutti, alla semplice vita di ogni giorno – Il paese è fatto delle ossa dei morti – mi diceva nel suo gergo scuro, gorgogliante come un'acqua sotterranea che esca improvvisamente tra le pietre'" (Levi, p. 67, citato da Luigino Bruni, Avvenire.it).*⁶⁸

Nel caso delle persone scomparse il lutto si fa sospeso, congelato (Sbattella 2016). Nella situazione dell'attesa di una persona scomparsa diventa difficile avere la piena accettazione della perdita dell'altro o una buona integrazione della perdita e spesso può degenerare in "lutti cronici", bloccati, sospesi, irrisolti (Sbattella, 2016). I sopravvissuti restano bloccati nell'incertezza, in uno spazio di "sospensione". Il tempo dell'attesa che porta a chiedersi se quella persona sia viva, sempre presente pur nell'assenza in una situazione di "limbo esistenziale" per la persona e per i suoi cari (Sbattella, 2016).

L'alternanza tra speranza e disperazione si fa continua, nei familiari (nei soccorritori), si procede su binari paralleli: dove si trova l'esperienza di vita di chi attende, dove si è fermata la relazione interrotta (blocco). "Il volto dell'altro non invecchia né cresce, bloccato nelle fotografie che lo ritraggono e lo rilanciano" (Sbattella, 2016). Il lutto è 'bloccato' perché l'incertezza impedisce al dolore per una perdita potenziale di essere attraversato bloccando di fatto i familiari in un presente fatto da quella foto immobile (Sbattella 2016).

Il lutto può restare sospeso anche quando non viene trasmesso il carattere definitivo della morte, quando per incidenti, naufragi, incidenti aerei, guerre o catastrofi i corpi delle vittime non vengono ritrovati (Lieberman, Compton, Van Horn, & Ghosh Ippen, *Il lutto infantile*, 2007). Questo può avere ricadute importantissime sulle società del futuro in tutti i paesi (Lieberman et al., 2007): "Adulti che hanno perso una persona cara negli attacchi terroristici del 11 settembre 2001: molti non si sono rassegnati all'idea che i propri amati fossero realmente morti, continuando a serbare la speranza di un loro possibile ritorno. Questa speranza venne trasmessa ai bambini piccoli, i quali rimasero in uno stato di speranza sospesa che il genitore potesse tornare".

⁶⁸ Articolo inviatomi da Ranzato che ringrazio; "La madonna di Viggiano era, qui, la feroce, spietata, oscura dea arcaica della terra" (Madonna nera).

I familiari delle vittime dei campi di concentramento, delle guerre nella ex Jugoslavia, nel Medio oriente, nelle zone dei conflitti noti e ignoti in Africa, dei *desaparecidos*, i familiari delle vittime in mare, delle vittime dei bombardamenti a Gaza, i familiari delle persone prese in ostaggio. I familiari delle vittime di ogni guerra. Fantasmi presenti e assenti. Creano fratture nell'esistenza di chi resta e di chi verrà, delle comunità tutte coinvolte, nei discendenti, finanche nei territori (si vedano gli studi della Sironi (2001), di Hillman (2005), Mucci (2014).

“Sebbene questo secolo sia stato teatro di alcune delle più terribili forme di sopraffazione dell'uomo sul suo simile e di negazione del diritto alla vita, tuttavia la risposta delle masse è andata sempre più strutturandosi come evasione e rimozione. [...] la banalizzazione della violenza stessa: gettata sul mercato così sconsideratamente, crea inflazione, e si finisce col perdere di vista i suoi effetti più devastanti. Così un villaggio disseminato di cadaveri è meno impressionante di una sola vita spezzata. Per concludere: la morte 'inflazionata' perde innanzitutto di sacralità.” (Carotenuto, 1997, p. 29).

Il corpo del nemico la presenza - assenza del corpo (De Luna, 2006)

Come osservava lo storico Giovanni De Luna nel suo testo *Il corpo del nemico ucciso* (2006), “[...] il rispetto del corpo morto è uno dei tratti più profondi che segnano da sempre una storia comune a tutta l'umanità”, porta alla distinzione tra esseri umani e animali (citando Adriano Favole). E ricorda che “il defunto viene reintegrato nella vita di chi resta attraverso ricordi che alimentano riti e credenze, valori e culture” (De Luna, 2006, p. 7): “In tutto il mondo si intrecciano riti e pratiche molto diverse”, “bruciati, sepolti, abbandonati agli alberi o alle acque, vengono anche mangiati e congelati (a metà degli anni Novanta circa 1000 americani avevano scelto per i loro cari la *criogenizzazione*, cioè la progressiva ibernazione e la conservazione [...] per un periodo illimitato”.

“I morti non parlano, i loro corpi sì”. De Luna distingue tra corpi ‘amici’, rispettati, usati per chiedere vendetta o pace, per rinsaldare le fila, e corpi ‘nemici’, talvolta onorati, spesso profanati, un corpo “esibito in pubblico o cancellato in una fossa comune, può essere smembrato, violato, distrutto” (trattato come immondizia di cui disporre, il corpo del nemico ucciso come arma, De Luna, 2006, p. 202). In alcune situazioni il corpo non è più disponibile, sono i momenti in cui si ricorre a dei riti “di scorta” (De Luna, 2006, p. 242), nel caso non si trovi il corpo del defunto:

“Dopo la morte, il cadavere continua quindi a rappresentare simbolicamente la personalità del defunto coagulando intorno alla sua presenza tensioni (angoscia, spirito di vendetta, rancore) a volte intollerabili: i riti religiosi, con la carica evocativa dei loro gesti e delle loro parole, intervengono efficacemente per sciogliere queste tensioni grazie a pratiche consolidate in tradizioni millenarie (pianti, grida, discorsi, liturgie, musiche) e costruite come altrettante barriere protettive contro la violenza delle emozioni” (De Luna, 2006, p. 242, cita l’antropologo Froidevaux, vedi *infra*).

Chi fa sparire i corpi – continua De Luna – *nega “la certezza della morte ai familiari” rende impossibili i riti religiosi, “tronca innaturalmente il percorso del morto verso la pacificazione dell’aldilà, ma anche quella di chi gli sopravvive verso la reintegrazione della rete delle sue relazioni affettive bruscamente lacerata”* (De Luna, 2006, p. 242). E prosegue: “I processi di elaborazione del lutto, l’acquisizione della consapevolezza del legame interrotto, la riformulazione delle relazioni sociali nei confronti di una persona che continua a esistere nel ricordo dei viventi, hanno tempi lunghi; per questo non possono prescindere da riferimenti materiali, da una tomba, da qualche traccia, da un’iscrizione”.

Aggiunge a proposito dell’importanza di una sepoltura riconoscibile come possibilità di reintegro del defunto nella comunità dopo la sua morte, diversamente invece dalla sepoltura in fosse comuni: “Una *sepoltura riconoscibile* rappresenta quindi una sorta di reintegrazione sociale *post mortem*, territorializza il lutto, rende possibile la sopravvivenza del gruppo comunitario ancorandola alla propria terra” (De Luna, 2006, p. 242, cita Maertens, 1979 sull’iscrizione del cadavere).

“Tra arcaismo e modernità” è il titolo significativo del terzo capitolo del libro di De Luna, dove lo storico riprende il confronto tra Ettore e Achille, l’ultima preghiera di Ettore affinché vengano rispettate le sue spoglie per restituirle a degne esequie ‘non lasciare che mi lacerino i cani’, la risposta feroce di Achille, che in preda al dolore per la morte di Patroclo giura di “mettere tutte le tue carni a brani e divorarle (sì gran mal m’hai fatto)”. Vedi apertura dell’Iliade “l’ira funesta di Achille: ‘e di cani e di augelli orrido pasto lor salme abbandonò”.

De Luna solleva le due contraddizioni nei modi di percepire la morte che entrano in campo quando ci si confronta con il corpo morto: “Il primo, condiviso da tutte le persone religiose consultate, è quello di considerare che la morte non è

una fine, ma presuppone la continuazione di qualcosa (individualità, anima, spirito) al di là della fine delle funzioni vitali e del decadimento del corpo”, il secondo di “percepire la morte come un annientamento, non solo come fine della vita terrena e individuale, ma anche totale scomparsa dell’essere o della coscienza” (De Luna, 2006, p. 243, come riportato anche Froidevaux, 2002, pp. 785ss.).

Riprendiamo quindi lo studio dell’antropologo Sylvain Froidevaux (2002), citato da De Luna. Froidevaux si è interrogato sulla problematica della morte e dei riti di commemorazione nei casi di persone scomparse a seguito di violenza o conflitti all’interno del progetto ‘The Missing’ (ICRC Comitato Internazionale della Croce Rossa, Ginevra).

Secondo lo studioso *l’assenza di cadavere* richiederebbe un adattamento nei gesti e nei rituali che normalmente accompagnano i defunti (S. Froidevaux, 2002, p. 786): “Dans toutes les religions, l’absence du cadavre, que ce soit en période de guerre ou de paix, suppose une adaptation des gestes et des rites qui accompagnent habituellement la mort.” Le rappresentazioni della morte influenzano i diversi momenti che la circondano (il sostegno ai morenti, lavare la salma e deporla nella bara), il funerale, le commemorazioni funebri. Il periodo del lutto diventa un’occasione per ricordare il defunto, chi era, le esperienze vissute assieme, diventa un tempo in cui si è ancora legati al defunto e allo stesso tempo ci si prepara a vivere senza di lui (S. Froidevaux, 2002, p. 788).

Tra le questioni toccate per noi molto rilevanti ci sono la preparazione del cadavere, la necessità di separarlo dal mondo dei vivi, attraverso determinate pratiche quali lavare il corpo, l’igiene, secondo antiche convinzioni che possa essere contagioso, la sacralità del corpo; un altro aspetto riguarda i casi di corpi mutilati, un problema per le religioni che prevedono la resurrezione dei corpi e la riesumazione, ad esempio per l’Islam che richiede una buona decomposizione (si pensi alle discussioni relative al corpo di Ghedaffi e di Osama Bin Laden). Ribadisce come in tutte le religioni, si raccomandi di non presentare in pubblico il corpo mutilato, di nascondere il più possibile le mutilazioni, con vestiti o coprendolo con un sudario (S. Froidevaux, 2002, p. 790): “Par ailleurs, dans toutes les religions, il est recommandé de ne pas présenter un corps mutilé en public ou de dissimuler au maximum les mutilations, en l’habillant ou en le recouvrant d’un linceul”.

Le cerimonie hanno la funzione di segnare una rottura con la persona deceduta, congedarsi, soffrire per la sua assenza, facilitarne la dipartita, sostenere il viaggio nell’aldilà, rafforzare i

legami della comunità dei vivi/credenti, sottolineando la solidarietà sociale e familiare (a volte anche la solidarietà con i morti) (*ibidem*). A proposito della questione di *corpi maltrattati e restituiti mutilati* ricorda l'impossibilità di credere nella morte del proprio caro (S. Froidevaux, 2002, p. 790): “*Finché il corpo non verrà ritrovato, la famiglia avrà sempre una piccola speranza che l'informazione sia falsa*. In questo caso la notizia potrebbe non essere accettata. Questo è un aspetto che emergeva spesso nelle interviste: ‘Finché non vede i resti, la gente non ci crede’.” (S. Froidevaux, 2002, p. 794). Per Froidevaux è importante ripensare ai *gesti simbolici per celebrare il rituale di persone di cui non si hanno più i resti*, come creare un memoriale con nomi o foto delle persone scomparse (S. Froidevaux, 2002, p. 794): “*Des gestes symboliques, comme déposer une gerbe de fleurs, planter un arbre en un lieu symbolique, créer un mémorial avec les noms ou les photographies des disparus, peuvent bien souvent remplacer une cérémonie religieuse*”.

Nei casi di situazioni che presentano un alto numero di corpi lo studioso mette in guardia sul rischio di ‘banalizzare’ la morte: trattare molti cadaveri porta con sé il rischio di banalizzare la morte, di dimenticare la sacralità dei corpi, non ‘semplici cose’, ma corpi che continuano a rappresentare la personalità di chi se n’è andato; se i corpi vengono trattati in modo non adeguato aumenta il rischio di tensioni attorno al corpo del defunto; i maltrattamenti ai corpi, le macabre esibizioni, possono aprire a reazioni anche violente, di rabbia, desiderio di vendetta, ecc.

Froidevaux avverte che questo rischio di banalizzare la morte esiste anche per il personale sanitario che si trova a gestire con frequenza corpi, spesso anonimi, e può arrivare a scordare la sacralità di cui i corpi sono investiti, arrivando a considerare il corpo una semplice cosa (S. Froidevaux, 2002, p. 796): “*Le sort réservé au cadavre ...Le risque est grand, pour le personnel humanitaire, confronté de manière fréquente à la mort d'autrui, de banaliser le rapport qu'il entretient avec le cadavre, souvent anonyme, de la victime. Cependant, comme cela a été souligné par les religieux, le corps du défunt reste empreint de sacralité. Il ne peut être considéré comme une simple “chose”*”.

Il rischio di dimenticare che anche dopo la morte il cadavere continua a simbolizzare la personalità di chi se n’è andato, che dunque tensioni (angoscia, rivolta, desiderio di vendetta) si possano cristallizzare attorno al corpo, comportando reazioni anche violente nella comunità qualora lo stesso non venga trattato in modo rispettoso, come nei casi in cui la sacralità venga volutamente ignorata per la volontà di umiliare il

nemico, con mutilazioni e esposizioni indegne (S. Froidevaux, 2002, p. 796): “Après la mort, le cadavre continue souvent à symboliser la personnalité de celui ou celle qui a quitté ce monde. De nombreuses tensions (*angoisse, révolte, désir de vengeance*) peuvent d’ailleurs se cristalliser autour du corps du défunt. Quand il est présenté de manière négligente ou inadéquate, quand son intégrité est profondément atteinte, des réactions violentes peuvent survenir de la part des proches, des membres de la communauté ou des compagnons d’armes. D’un autre côté, il arrive que les belligérants “jouent” sur cette dimension sacrée du corps humain pour provoquer ou humilier l’ennemi, en négligeant ou en mutilant son cadavre, en l’exposant de manière indécente ou en l’exhibant au cours de parades macabres”.

Nei casi di corpi molto feriti e mutilati: come trattarli e presentarli ai familiari?

L’antropologo ricorda come le raccomandazioni delle organizzazioni umanitarie nel caso di corpi smembrati, *parti di corpi o corpi mutilati* dal nemico negli scenari di guerra invitino ad essere consapevoli della natura grave e disumana dei maltrattamenti e delle mutilazioni dei cadaveri e a rendere consapevoli di questo tutte le parti in conflitto; in caso di mutilazione volontaria di cadaveri da parte dell’una o dell’altra delle parti in conflitto suggeriscono di *nascondere il più possibile le mutilazioni* vestendo i corpi in modo decoroso, prima di presentarli alle famiglie; evitare di presentare o riportare un cadavere nudo, che ci sia la cura di avvolgerlo in un sudario o di coprirlo (S. Froidevaux, 2002, p. 796).

Corpi riesumati: identificazione del corpo e l’importanza della scelta

Per quanto riguarda le esumazioni a scopo identificativo, l’antropologo sottolinea di non obbligare mai la famiglia a presenziare ad una riesumazione; se è richiesto il loro contributo oppure se vogliono assistere alla riesumazione è importante siano *avvertiti dello shock emotivo* che rischiano di subire durante l’operazione e assicurarsi che queste persone durante gli interventi abbiano il *supporto di infermieri e psicologi*; evitare inoltre la presenza di curiosi e rispettare la *privacy* dei familiari nel loro momento di raccoglimento (S. Froidevaux, 2002, pp. 797-98).

Riti funerari per evitare la disintegrazione dell’ordine costituito

La morte irrompe come una rottura nella continuità dell’esistenza, *minaccia di disintegrare l’ordine costituito delle cose*, disintegrazione dell’individuo, del corpo, delle relazioni, dell’esistenza stessa in vita (dal caos al cosmo, Testoni, 2021; Ronchini, 2025; ecc.): “La mort, c’est aussi l’instant où, face à la menace du chaos, de la désintégration (individuelle, corporelle, relationnelle), les êtres humains, les familles ou les groupes, se sentant

menacés dans leur devenir, ont besoin de manifester leur solidarité, de raffermir les liens communautaires, de réaffirmer les valeurs qui les unissent” (S. Froidevaux, 2002, p. 798).

Di fronte a questa minaccia è importante sentire manifestazioni di presenza, vicinanza, solidarietà, riaffermare i legami comunitari: la morte interroga sulla violenza e sull'ingiustizia, sulla propria morte, sulla fine della relazione, sulla sofferenza di chi se n'è andato e di chi resta. Per le persone religiose vi sono pratiche, atteggiamenti, parole, riti che aiutano di fronte all'intensità delle emozioni, a strutturare i diversi momenti, più o meno dolorosi, che circondano la morte e il lutto; per alcuni la spiritualità assume una funzione di supporto in questi momenti; anche se non praticanti le persone si riconnettono alla comunità religiosa e compiono di nuovo i riti talvolta senza comprenderne il significato (S. Froidevaux, 2002, p. 798). I riti funerari sono necessari per marcare la rottura e facilitare il passaggio, fare l'ultimo saluto, liberare le emozioni nella drammatizzazione degli eventi (con pianti, urla, discorsi, liturgia e musica), sdrammatizzare attraverso momenti conviviali (libagioni) l'appartenenza, la solidarietà del gruppo e dei familiari, sociale: “Les rites funéraires sont là pour marquer, officialiser la rupture avec le défunt et faciliter son passage dans l'au-delà. Ils offrent un cadre qui permet aux proches de lui faire un dernier adieu et de libérer les émotions qu'ils gardent à l'intérieur d'eux-mêmes. Parfois, le déroulement des obsèques tend à la dramatisation de l'événement (cris, pleurs, discours, liturgie et musique solennelles) un peu comme dans une mise en scène théâtrale, pour ensuite opérer une dédramatisation par des libations à l'occasion desquelles se manifeste la solidarité familiale ou sociale.” (S. Froidevaux, 2002, p. 798)

L'incredibile diversità di pratiche culturali e religiose indicano l'impossibilità di banalizzare l'evento negando l'importanza della sacralità del corpo e rispettando il dolore di chi perde una persona cara (S. Froidevaux, 2002, p. 798): “L'immense diversité des pratiques culturelles et religieuses dans le monde laisse penser que l'on peut presque tout faire en matière de rites funéraires, sauf banaliser l'événement, nier l'importance de la sacralité du corps et ne pas respecter la sensibilité et le chagrin des personnes ayant perdu un proche.”

Nei casi in cui non sia possibile recuperare i corpi (*missing persons*) riti funebri e azioni umanitarie devono essere rese adeguate a lenire l'angoscia delle famiglie e aiutarle nel processo del lutto (S. Froidevaux, 2002).

Il corpo assente, il corpo nemico, 'i dispersi invisibili': il racconto di Taina Tervonen (2022)

Il romanzo *Le scavatrici* di Taina Tervonen (2021, trad.it. 2022) rende con delicatezza l'idea del lavoro di coloro che ricercano le salme dei morti nella guerra dei Balcani, nello specifico nella Bosnia Erzegovina nel periodo tra il 1992 e il 1995, e della sofferenza dei familiari delle persone morte e disperse.

La scrittrice, documentarista e giornalista, segue il lavoro di un'antropologa forense, Senem, che aiuta Darija a ritrovare le fosse comuni, un'investigatrice che raccoglie dai familiari i campioni di sangue, per creare la corrispondenza con il DNA dei corpi ritrovati; descrive il lavoro e "i luoghi, la ricerca degli scomparsi, la voce dei familiari, l'atrocità degli eventi narrata con grande umanità" (Tervonen, 2022, p. 53).

Alcuni stralci permettono di leggere e raffigurare seppur in minima parte il dolore dei familiari: 'Ho bisogno di portare, sia lei che me, verso territori più certi, per sentire la terra sotto i piedi, per non annegare in quest'onda di *dolore* che ha fatto irruzione sulla fossa' (Tervonen, 2022, p. 53). Facendo riferimento ad Hanna Arendt (1964) Tervonen parla dell'apparente "banalità dei gesti, il lavoro degli uni che, pazientemente, disfa il lavoro degli altri, la banalità del male e la *banalità del bene*" (Tervonen, 2022, p. 44). Traccia le domande dei familiari, descrive la loro presenza, quando arrivano a portare del cibo per chi lavora sul campo, il loro dolore ('perché bisognava seppellirli così in fondo?') (Tervonen, 2022, p. 53). "Penso a quella madre di cui mi aveva parlato Senem tre anni prima, quella che cercava suo figlio adolescente e che, anche lei, andava su ogni nuova fossa, spinta dalla speranza" (Tervonen, 2022, p. 56).

Descrive gli aspetti terribili delle fosse comuni, l'odore sempre presente per chi lavora in queste situazioni, come costante protagonista, i corpi racchiusi in un hangar senza refrigerazione a temperature estive molto elevate (la scoperta del sale, come elemento per contenere il problema, soprattutto nel momento dei funerali, la diversità dei corpi riesumati da altri visti in precedenza, perché le spoglie non erano ancora interamente decomposte (Tervonen, 2022, pp. 45ss.).

Racconta il racconto dei corpi: "Tutto quello che nella fossa è ingarbugliato, sporco di terra, qui viene *lavato, catalogato, ordinato*. I corpi parlano una lingua che gli appartiene, raccontano quello che è successo loro con la posizione in cui si sono irrigiditi..." (Tervonen, 2022, p. 72). La fatica dei familiari che non vogliono riaprire vecchie ferite in presenza di precedenti errori

di identificazione (Tervonen, 2022, p. 74): “Eppure lui non vuole saperne di queste immagini. Non vuole entrare nell’hangar, già non ha voluto quando si è trattato di seppellire suo padre. ‘Voglio conservare l’immagine di mio padre com’era, non voglio vedere quello che c’è qui.’”.

L’autrice ricorda che grazie al lavoro raccontato era stato possibile identificare 395 persone. Grandi funerali in luglio. Ogni anno. Una *ritualità alternativa collettiva*: “A Kozarac [...] le bare stanno là, disposte sul manto verde, una accanto all’altra, su tutta la lunghezza del campo (da calcio). I parenti sono sistemati tutto intorno, alcuni hanno portato tappeti per sedersi sull’erba, altri si muovono tra le bare in cerca di un nome conosciuto, chinandosi per posare la mano sul sudario verde, per dire una preghiera. Molti sono venuti con la famiglia, i bambini si attaccano alla mano del padre, della nonna [...]” (Tervonen, 2022, p. 116). E denuncia l’assenza di un luogo adeguato e dignitoso per accogliere i corpi e i familiari: ‘Per me questo posto è vergognoso. Bisognerebbe che fosse diverso, *che ci fosse uno spazio per accogliere le persone, per permettersi di raccogliersi, di informarsi. Ma non c’è niente*’ (Taina Tervonen, 2022, p. 100).

La scrittrice ricorda la *complessità* di questo lavoro, *di scavo nelle diverse tipologie di fosse, dei vivi che cercano i morti, dell’importanza di dare una degna sepoltura* (Tervonen, 2022, p. 132): “Con Senem ho colto la complessità del suo lavoro sulle ossa, i problemi con le fosse secondarie, dei corpi mescolati gli uni con gli altri, tutte queste difficoltà da tenere presenti prima di poter ottenere un campione di DNA analizzabile in laboratorio. Ascoltando Darija è la complessità dei vivi che mi appare, quei vivi che si spostano, che tacciono, che tagliano i ponti, che vogliono dimenticare, che muoiono [...] scava nelle storie familiari e nei ricordi dei vivi”. In un paese diviso in due tra la repubblica serba di Bosnia e la federazione della Bosnia-Erzegovina, Tervonen osserva come il numero dei dispersi diventava una faccenda politica, dove i dati venivano usati come armi per fomentare paure e rancore e dove alcune delle vittime riesumate non erano della guerra del 1992-95, ma risalivano alla seconda guerra mondiale, o non erano vittime di conflitti (Tervonen, 2022, p. 101 ss.). Racconta della paura a dare il proprio DNA di essere schedati come musulmani, nonostante i campioni fossero anonimi con codici a barre (Tervonen, 2022, p. 133): ‘Non volete che vostro figlio possa riposare in pace, non volete avere una tomba su cui raccogliervi? Non pensate che vostro figlio lo meriterebbe, invece di essere all’obitorio senza identità? A volte riesco a fargli cambiare idea.’ Emerge a questo riguardo l’importanza di una comunicazione adeguata anche solo per ottenere i campioni del DNA.

In questo racconto, che riporta alla mente le riflessioni di James Hillman sui campi di battaglia inondati dal sangue dei morti (Hillman, *Un terribile amore per la guerra*, 2005), Tervonen ricorda come sia fondamentale il lavoro di recuperare i corpi, ridare loro una degna sepoltura, e *ricucire il mondo dei morti e quello dei vivi* (Tervonen, 2022, p. 139): “[...] i morti e i vivi non sono due mondi separati, appartengono alla stessa cerchia, quella degli esseri umani. A forza di catalogare ossa e raccogliere gocce di sangue Senem e Darija ricuciono pazientemente il legame che è stato rotto spogliando i morti della loro dignità, rifiutando ai vivi i saluti d'addio che potrebbero permettergli di continuare a vivere.

Fino a che ci saranno persone che fanno questo lavoro, che ripareranno ciò che è stato rotto e calpestato, qualcosa dell'umanità di tutti noi sarà preservato”.

Il racconto di Tervonen, ricorda le parole di chi lavora per recuperare le identità dei corpi non reclamati, “i *dispersi invisibili*” (Tervonen, 2022, p. 171): “Lei li chiama i ‘dispersi invisibili’, non dichiarati, privi di ogni tipo di esistenza, anche di quella di persona scomparsa. Sono spesso persone anziane, senza figli, che sono rimaste nei villaggi quando tutti fuggivano. Finita la guerra nessuno ha fatto niente per cercarle. A volte il loro corpo aspetta in un obitorio, tra i casi N.N.”.

Il lavoro di *restituzione dei corpi* sottratti alle fosse è fatto anche di *errori* per parti di corpi non combacianti, dove i risultati e le identità talvolta non coincidono, nonostante i corpi siano stati consegnati ai familiari e seppelliti, e bisogna ricominciare da zero (Tervonen, 2022, p. 175). Oltre ai corpi non reclamati, Tervonen ricorda come ci siano anche quelli mai trovati, nella loro *assenza ambigua* (Tervonen, 2022, p. 213): “Racconto i miei sei anni di percorso in questi strani luoghi, in quella che gli psicologi designano con il termine poetico di ‘assenza ambigua’ e che Suada, la madre di due figli scomparsi, mi spiegava così ‘Non so dove siano. Non sono né tra i morti, né tra i vivi’.” Nel racconto emerge anche la diversità del lavoro a seconda delle zone di guerra, dell'interesse o meno delle istituzioni, del rispetto mostrato per i corpi (Tervonen, 2022, pp. 219-20): “qui (a Kabul) i corpi non erano nascosti per dissimulare un crimine. La sua missione non consisteva nel convincere gli attori del conflitto della necessità di rendere i corpi ai familiari, ma semplicemente nell'organizzare la loro restituzione [...]. Tutti erano d'accordo su un punto: un nemico rimaneva un essere umano e la sua spoglia doveva essere resa alla sua famiglia, per essere sepolta con dignità [...] ha capito che è possibile uccidere il proprio nemico senza dimenticare il rispetto dovuto alla sua spoglia.”

Tra assenza e presenza: i dispersi in mare

Tra i corpi assenti, non riconosciuti, che portano alla conseguente impossibilità di iniziare e soprattutto concludere il processo del lutto, c'è la tragedia dei dispersi in mare: dal 2013 al 2023 si parla di 28 mila persone, tra morti e dispersi, nel solo Mediterraneo (tra cui 1,143 minori, secondo i dati di *Save the Children*, *Il Sole 24Ore*, 2 ottobre 2023) dal drammatico naufragio di Lampedusa con 360 migranti morti a bordo del peschereccio partito dalla Libia. Nel solo mese di giugno 2024 la sottostima dei morti è di 90 nel Mediterraneo centrale (UNHCR, Agenzia Onu per i rifugiati, 2 luglio 2024).

*Le persone disperse in mare nella crisi migratoria sono spesso in fuga da situazioni economiche impossibili e da guerre; lasciano un vuoto incolmabile nei paesi di origine, spesso sopravvivono a viaggi impensabili per poi annegare nel Mediterraneo in un processo che dura anche molti minuti, un mare popolato da spiriti. Quale redenzione possibile? Il loro urlo interroga le nostre coscienze, l'intero mondo occidentale.*⁶⁹

Gli eventi del 3 ottobre del 2013: un barcone partito dalla Libia, con a bordo circa 500 persone provenienti dall'Eritrea si incendia e si rovescia vicino a Lampedusa. Vengono salvate 155 persone, recuperati invece 366 cadaveri, i corpi furono portati nell'hangar dell'aeroporto, di solito occupato dagli elicotteri della Finanza e del 118 (Angelo Barbangelo, sul sito del Gariwo, acronimo per *Gardens of the Righteous Worldwide*).

E del 18 aprile 2015 con almeno 600 persone, nonostante molti altri resti fossero ritrovati, racconta Cristina Cattaneo, responsabile del Labanof che dal settembre 2016 lavora al riconoscimento dei corpi (*Il Fatto Quotidiano*, “Questi sono morti di categoria B – prosegue la Cattaneo – se in Europa cade un aereo, partono esperti da tutti i Paesi che hanno vittime. Per questi morti non si muove nessuno, perché non sono morti nostri. Sono morti di nessuno”, Marco Pasciuti, ‘Naufragio 18 aprile 2015, le vittime sono 1.000. Il ragazzo con la pagella e gli altri morti che la politica cerca di dimenticare’, *Il Fatto Quotidiano*, 18/04/2018).

⁶⁹ Prima di arrivare al mare non scordiamo il viaggio nel deserto, la permanenza nei campi in Libia, si veda il racconto che ne fa il film di Matteo Garrone, *Io Capitano*, 2023, anche per la liminalità tra chi resta e chi parte (e chi muore in viaggio). Oltre ai racconti terribili di coloro che da lì sono passati... Per la narrazione invece di un diverso tipo di migrazione sempre segnata da cammini di grande sofferenza, si veda l'importante se pur controverso romanzo di Jeanine Cummins (2020), *American Dirt*, che racconta le tribolazioni di chi fugge da situazioni insostenibili dell'America del Sud, Messico, nel tentativo di raggiungere gli Stati Uniti.

L'articolo di Angelo Barbangelo denuncia il più grande disastro umanitario dalla seconda guerra mondiale: 'Cristina Cattaneo, la donna che dà un nome alle vittime del Mediterraneo': 'Siamo di fronte al più grande disastro umanitario dalla seconda guerra mondiale, abbiamo più di ventimila morti nel Mediterraneo e nessuno muove un dito per identificarli. Sono morti senza identità'. "Quella dell'ottobre 2013 sarà ricordata come una delle stragi con il maggior numero di vittime avvenute nel Mediterraneo. Dopo l'approvazione della Camera, a partire dal 2015, il 3 ottobre, diventerà la 'Giornata nazionale in memoria delle vittime dell'immigrazione'." ⁷⁰

Il corpo presente: i dispersi in mare. Il riconoscimento come diritto fondamentale

Oltre alla tragicità del numero di vittime 'sepolte' nel mare, resta cruciale il problema del riconoscimento delle persone disperse in mare. Già nel 2015 sulla rivista scientifica *The Lancet* appariva un commento dedicato a "La battaglia dell'Italia per identificare i migranti morti". Gli autori sottolineavano come fosse fondamentale il riconoscimento dei morti per "ethical and humanitarian reasons and a sometimes ignored legal obligation". Un commento sul *Lancet* (Agosto 2016) ricordava che l'identificazione delle vittime nei casi di disastri non era all'epoca applicato per le vittime del Mediterraneo (Piscitelli, Iadicicco, De Angelis, Porta, & Cattaneo (2016, Agosto). Italy's battle to identify dead migrants. *Lancet*).

Nel 2014 il coinvolgimento dell'Ufficio Italiano del Commissariato per le Persone scomparse assieme all'università di Milano (scienziati e patologi forensi) ha permesso di iniziare uno studio pilota sulle 386 vittime del naufragio di Lampedusa del 3 e 11 ottobre del 2013; attraverso la creazione di un database, la comunicazione di dati tra ambasciate e organizzazioni non governative, è stato possibile trovare i familiari di alcune delle vittime, intervistarle, confrontare i dati, identificare alcuni resti e consegnare alle famiglie il certificato di morte: "Data from the victims were thus

⁷⁰ L'articolo ricorda come verso la fine di ottobre 2013, l'Italia avviò l'operazione *Mare Nostrum* durata un anno con il pattugliamento tra Lampedusa e la costa libica fino alla fine di ottobre del 2014, quando venne sostituita dall'operazione europea *Triton*, "dispiegata da Frontex, l'agenzia continentale delle frontiere" si veda anche 'Cristina Cattaneo, medico forense, antropologa, direttrice del Labanof, laboratorio di antropologia e odontologia forense, che dal 2013 identifica le persone morte nel mare Mediterraneo, migranti' (Dazzi, "Migranti, Cristina Cattaneo direttrice del Labanof: 'La nostra indifferenza fa male, l'Europa obblighi a identificare i morti in mare". *La Repubblica*, 26/09/2023).

pooled into a dataset and open calls were made through embassies and non-governmental organisations throughout Europe to find relatives of these victims and those who could provide more information about the victims. Families of 66 people missing in those disasters were able to travel to Rome and Milan to be interviewed and provide data useful for identification to be matched with data from the deceased: 50% of those missing from this disaster have so far been identified and their families provided with death certificates. In the wake of this small success, data from the victims of many other disasters are currently being pooled into the database” (Piscitelli et. al., 2016).

Ottenere questi risultati, se pure minimi, ha dato nuovo impulso a inserire nei database i dati delle vittime di molti altri disastri. All'epoca il governo italiano ha finanziato il recupero della nave del naufragio del 18 aprile 2015, ma non la ricerca, che ha visto invece il coinvolgimento a titolo volontario di dieci università italiane (Piscitelli et. al., 2016) alla richiesta fatta dal Prefetto Piscitelli, “*a task force of forensic scientists* (supported also by the Italian Navy, the Police, the Military Red Cross, fire brigade, and local health and Governmental Authorities from Siracusa and pathologists from other Italian Universities (Palermo, Catania, Messina, and DNA experts from Pavia) to face this specific challenge. So far 169 bodies have been recovered and examined at a morgue specifically set up on a NATO pier in Melilli, near Siracusa)”. Il commento auspicava allora che venissero messe in campo *strategie e fondi* regionali, nazionali e soprattutto europei, per restituire i propri cari alle famiglie e permettere “the reconciliation of these forgotten dead victims with their loved ones” (Piscitelli et. al., 2016).

Dieci anni dopo la tragedia di Lampedusa la mostra “La memoria degli oggetti”, Lampedusa, 3 ottobre 2013. Dieci anni dopo, è stata allestita al Memoriale della Shoah di Milano, con gli oggetti rinvenuti in mare, le testimonianze dei soccorritori e dei sopravvissuti, le fotografie di Karim El Maktafi, (*Still-life?*), di oggetti appartenuti ai morti in mare, “occhiali, telefoni, documenti, orologi” che permettono un “avvicinamento” alle persone, oltre che la testimonianza della tragedia: “non [sono] solo simbolo dell'identità delle persone, ma rivelano il doppio insulto, la doppia violazione dei diritti delle persone che non solo devono scappare dalla povertà e dalla guerra e muoiono per questo, ma alle quali poi nessuno si interesserà per dare loro un nome”. Ne parla un articolo, pubblicato su *La Repubblica*, che denuncia le violazioni dei diritti e della dignità umana: “[...] perché gli orfani e le vedove hanno bisogno di un certificato di morte per potersi spostare, per raggiungere la meta finale del viaggio, i parenti che

vivono in Europa, altrimenti restano *bloccati in una specie di limbo*, una vita congelata [...]” (Dazzi, 26/09/2023); l’articolo collega inoltre questa situazione a quella dei familiari delle vittime nei conflitti nella ex Jugoslavia e ai desaparecidos in Argentina.

Nell’intervista Cattaneo ricorda (Dazzi, 26/09/2023): “Da anni con la mia equipe abbiamo lavorato su centinaia di salme, abbiamo messo le mani sugli oggetti, ma anche lavorato sulle carte, acquisito le fotografie, non abbiamo sempre potuto fare le autopsie, ma per conto dell’Ufficio straordinario persone scomparse nel 2014 abbiamo deciso di incontrare i familiari da cui abbiamo raccolto dati e DNA. Insieme ai laboratori e alle Forze dell’Ordine, abbiamo identificato più della metà dei corpi della tragedia dell’ottobre 2013 in cui ci furono 368 morti” (Dazzi, 26/09/2023). E continua: “Una madre che cerca il corpo del figlio morto e non lo trova, non può iniziare a elaborare il lutto. È per questo che combattiamo la nostra crociata per arrivare a una legge europea che obblighi ogni Stato a identificare i morti”.⁷¹

Lutto ambiguo nella crisi migratoria (2021)

Le posizioni di Cattaneo erano già state illustrate in un articolo pubblicato sul *Forensic Science International: Mind and Law*, dedicato ai familiari delle vittime della crisi migratoria dall’Africa e alla sofferenza psicologica e talvolta psichiatrica nei familiari (“lutto ambiguo”, *ambiguous loss*). Si segnala lo studio in prospettiva medico legale, psicologica e psichiatrica, pubblicato a fine 2021 a nome di Mazzairelli, Bertoglio, Boscacci, Caccia, Ruffetta, De Angelis, Fracasso, Baraybar, Riccio, Marzagalia, e Cattaneo (da qui in poi Mazzairelli, et al., 2021). L’articolo denuncia come i passaggi del Mediterraneo siano i più pericolosi dei percorsi migratori: dal gennaio 2014 a ottobre 2019 si erano registrati 19 mila morti nel Mar Mediterraneo, circa il 56% del numero totale di vittime dei percorsi migratori a livello mondiale; di questi 12 mila corpi non sono stati trovati (Mazzairelli, et al., 2021): “In particular, among the Mediterranean routes, the central one is the most dangerous (from North Africa to Italy, counting 15,500 deaths), as confirmed by UNHCR, 2020. In 2020, the trend has not changed: the IOM has recorded 1417 victims in the Mediterranean”.

Gli autori ricordano come per “perdita ambigua” si intenda la perdita di una persona di cui non si può appurare con certezza la morte, che però resta molto presente nella mente dei familiari, (oppure psicologicamente assente ad esempio nelle situazioni di

⁷¹ Sull’attività del Labanof, si rinvia anche agli episodi scritti e realizzati da Fabiana Carobolante, Daria Corrias, Giulia Nucci, Raffaele Passerini per RaiRadio3, dal 16 al 23 Nov 2020, ora ascoltabili in podcast.

deterioramento cognitivo importante, come nella malattia di Alzheimer). Questo tipo di perdita ha ripercussioni psicologiche e psicosociali, oltre che conseguenze di tipo economico e amministrativo, non solo sull'individuo, ma sul contesto familiare, sociale e comunitario: cambi di identità, ruoli, non poter avere accesso ai rituali, difficoltà ad avere il coinvolgimento della comunità, creano una situazione altamente stressante per i familiari (Mazzarelli, et al., 2021, citano gli studi di Paulina Boss): “The phrase ‘ambiguous loss’ was theorized in 1999 by Pauline Boss in her book ‘Ambiguous loss: learning to live with unresolved grief’ (Boss, 2016). ‘Loss’ indicates an event that makes a relationship no longer livable (e.g., death) and ‘ambiguous’ refers to a condition in which the truth is not easily achievable, but is masked and variable (Boss, 1999). It could be argued that ambiguous loss is in fact not only an individual, but also, and especially, a social disorder (Boss, 2006): it compromises the nature of relationships between the missing or sick person and the people who are left behind, and between them and their groups”.

Il processo di identificazione dei corpi può permettere ai familiari dei migranti l'uscita dall'ambiguità del lutto e di ripartire nel ricostruirsi l'esistenza (Mazzarelli, et al., 2021): “In such a situation the identification of a body may represent the way to find one's own roots, to facilitate the end of ambiguity, and to mark the point where they can start rebuilding a life. In conclusion, migrants should not only be included in the group of victims of ambiguous loss, but they should be ensured an integrated health path that takes into account their psychological and social conditions, remembering that the recovery and identification of a body or of an emotional bond may ameliorate mental health concerns”. Assieme a percorsi integrati che permettano di tenere in considerazione il loro benessere, fisico, psicologico e sociale, messo a repentaglio da situazioni di lutto irrisolte, piene di ambivalenze e sofferenza (Mazzarelli, et al., 2021): “This causes a situation of unresolved and unfinished grief (Boss, 1999), which triggers a mechanism of alteration of the family composition from both a physical and psychological point of view. In particular, the lack of information concerning the fate of a person induces in those who experience it a *coexistence of opposite emotions and impulses, and specifically an emotional and psychological state of ambivalence*: the wish to restore the previous situation (i.e. that the person comes back home), but also to abandon all hope to carry on. This prevents the normal mourning process since the following premises are lacking: the certainty of death, the vision of the body, the possibility of performing a ritual or a funeral (Mazzarelli, et al., 2021, citano Paget et al., 1994).”

Lo studio riporta la letteratura secondo la quale il riconoscimento del corpo è fondamentale per porre fine all'ambiguità e completare la narrazione individuale e familiare, oltre che per tornare ad essere iscritti nella cultura di appartenenza con la restituzione e la sepoltura del corpo (o i rituali) (Mazzarelli, et al., 2021): "According to Stover et al. (2003) and Kajtazi-Testa and Hewer (2018), the *identification of a body* makes certain the end of the ambiguity and allows the completion of familial and individual narration, giving continuity to the story. The restitution of a body and its burial may allow the extraordinary experience lived by the families to be brought back to normality, to an understandable daily life, and to feel part again of the culture they belong to (Paget et al., 1994; Kajtazi-Testa e Hewer, 2018)".

Inoltre il riconoscimento del corpo permette il riconoscimento collettivo della sofferenza inflitta alla famiglia e non per ultimo il proseguimento delle pratiche burocratiche e amministrative (dal certificato di morte, al riconoscimento dello stato familiare, ai sussidi economici, indispensabili per le famiglie a reddito basso) (Mazzarelli, et al., 2021): "A further fundamental aspect is the *public and collective recognition of the suffering inflicted on the family* (Blaauw, 2002). In addition, resolving an ambiguous condition enables bureaucratic and administrative duties to carry on, such as the issuing of a death certificate, which allows the fulfilment of acts which derive from death (i.e., the attainment of the ownership of an asset, the definition of the marital status of a widow/orphan, receiving the pension of the missing person, and other economic subsidies). For low-income families, these aspects could make a major difference (see, for example, Dewhirst e Kapur, 2015; Salih e Samarasinghe, 2017; Singh, 2019)."

Lo studio in questione riguarda la situazione delle famiglie in cerca dei loro familiari dispersi nel Mediterraneo, e si basa su 340 moduli *ante mortem*, contenenti informazioni raccolte nelle interviste di coloro che cercano di identificare le vittime, dati raccolti dalle interviste condotte dal Labanof dell'Università di Milano, e dal ICRC (*International Committee of Red Cross*), che offrono anche un profilo dei parenti che cercano i loro cari; inoltre i dati vengono integrati con quelli inerenti lo stato psicologico e psichiatrico di un ulteriore gruppo limitato a 10 persone migrate in Italia, prese in carico dalla psichiatria, che hanno perso nel periodo precedente una persona cara (Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano, Dipartimento di Etnopsichiatria).

Viene evidenziata la sofferenza psicologica e psichiatrica anche a distanza di anni, nella situazione di persone scomparse durante il viaggio dall'Africa all'Italia (Mazzarelli, et al., 2021). Gli studiosi e le studiose osservano che la ricerca dei dispersi nel Mediterraneo nel viaggio dall'Africa subsahariana da parte dei parenti e amici continua anche anni dopo la scomparsa, sia per chi è rimasto nel paese di origine, sia per chi aspetta i propri cari nei paesi di migrazione (Mazzarelli, et al., 2021).

Inoltre lo stato d'animo che questa attesa produce può essere trasmesso di madre in figlio: “[...] in at least one case, the ambiguity appears to be transmitted from mother to child (the mother does not know if the father of her child was alive or dead, and told him that the father will join them at some time)” (Mazzarelli, et al., 2021).

L'articolo conclude quindi sull'importanza di garantire a queste persone percorsi sanitari integrati, che prendano in considerazione sia le condizioni psicologiche che quelle sociali, tanto più perché la vulnerabilità pone dei limiti al loro accesso alla giustizia; di procedere non solo nella identificazione dei corpi dei migranti, ma anche nella creazione di database internazionali con dati *post mortem* e *ante mortem* omogenei e accessibili (Mazzarelli, et al., 2021).

Il 26 febbraio 2023 naufragava a largo di Cutro in provincia di Crotone un'imbarcazione di migranti dalla Turchia con 180 persone a bordo, di cui sono 94 i morti in mare. 34 i bambini. Come ricordano Medici senza frontiere (26/02/2024). Il naufragio di Cutro un anno dopo la strage, *il Domani*) il mare continua a restituire corpi: “A un anno dalla tragedia, il team di Medici Senza Frontiere ricorda i soccorsi ai familiari delle vittime e la risposta politica alla strage: dai provvedimenti che ostacolano il soccorso da parte delle navi ONG fino al Decreto Cutro, divenuto legge, che ha l'obiettivo di impedire gli sbarchi piuttosto che evitare le morti in mare”.

I racconti delle psicologhe intervenute assieme a mediatrici e mediatori interculturali per assistere i familiari delle vittime nel momento dell'identificazione dei corpi ricorda la tragedia (*ibidem*): “Non ho mai visto così tanto dolore in una sola stanza. Tutte quelle bare, con dei numeri sopra. Ognuno di quei numeri era una vita, una storia, dei sogni. Quel dolore continuiamo a portarcelo addosso” (Mara Tunno, Psicologa MSF). Tragedia con importanti sofferenze riportate dai familiari delle vittime, dalle persone coinvolte nei soccorsi, inclusa la Guardia Costiera; riguardo la difficoltà e la sofferenza psicologica nel soccorso ai migranti, non ascoltata, si vedano le denunce che interrogano istituzioni, gerarchie militari (e psicologi) raccolte dalle giovani

giornaliste Ferri e Egle Ventre (*il Domani*, 29/12/2024): “Per militari e soccorritori ai fattori di rischio si sovrappongono anche quelli derivanti dalla struttura gerarchica militare, spesso mobbing vero e proprio”, autrici anche di una video-inchiesta *Ombre sul mare*, 2024).⁷²

Lo stesso articolo riporta le parole di Antonella Postorino “degli Psicologi per i popoli che si occupano di fornire gli strumenti della psicologia dell'emergenza [...]: ‘L'evento del soccorso in mare è sempre critico. Sono necessari programmi che mirano a sviluppare le abilità emotive che permettono di gestire le proprie emozioni e quelle degli altri’” (*ibidem*).

PARTE III

Il contesto di intervento e le procedure

Situazioni di emergenza non necessariamente comportano situazioni di gravi difficoltà psicologiche: risorse attivate e personali, capacità di coping e resilienza permettono di superare situazioni potenzialmente traumatiche, senza sviluppare sintomi di stress post traumatico (PTSD), sia a livello individuale che di comunità (Castelletti, 2006; Linee guida dell'Inter-Agency Standing Committee sulla salute mentale e il supporto psicosociale nei contesti emergenziali, IACS, 2007).

Alla luce di quanto illustrato nelle parti precedenti, in questa sezione si raccoglieranno alcune riflessioni sul contesto di intervento, per quanto riguarda alcuni aspetti operativi e possibili procedure, consapevoli delle ricadute che determinati eventi possono avere sui soccorritori e dell'importanza di eventuali ‘protezioni’ che chi interviene in situazioni di emergenza dovrebbe considerare.

Quali informazioni è importante avere prima dell'intervento, e durante, da poter elaborare ed eventualmente condividere con i familiari del defunto e le altre persone care? Quali informazioni e strategie dare per far fronte alla situazione (*coping*)? Quali informazioni invece lasciare per il dopo, per i momenti successivi all'intervento e come predisporre un eventuale *follow up* per accertarsi delle condizioni e delle reazioni delle persone interessate, su come stanno affrontando l'evento? Come eventualmente assicurarsi che venga attivato il collegamento con la rete di supporto

⁷² Pubblicata anche su *Ristretti Orizzonti*, <https://ristretti.org/migranti-suicidi-e-traumi-sottovalutati-dopo-i-naufragi-il-lato-oscuro-della-guardia-costiera>. L'inchiesta è finalista al Premio Roberto Morrione 2024.

sociale, o creare il passaggio con i servizi del territorio? (Si vedano le indicazioni presenti nel manuale di primo soccorso psicologico che rimangono prioritarie nella traduzione del *Psychological First Aid: Field Operations Guide*, di Brymer et al., 2010).

Quella rete che si può attivare secondo modalità differente a seconda dei contesti, si veda ad esempio nel caso dei migranti che muoiono lontano da casa (Ranzato, 2020): “Sta dunque alle istituzioni e al personale di cura e assistenza favorire il costituirsi attorno all’africano morente di una rete familiare, sia ristretta che estesa, là dove esistente. L’esperienza insegna che questa rete tramite i cellulari si attiva oggi più velocemente ancora che al ritmo del tamburo nelle distese dell’Africa, ma ne riporta anche l’eco profonda. Forse si tratta di una rete che crea qualche ingombro, produce qualche disservizio, rompe i silenzi, lascia gli operatori di cura interdetti e porta ad un senso di estraneità noi occidentali.”.⁷³

Sicuramente non si possono prevedere a priori tutti gli scenari, ma riflettere su alcune possibilità permette a chi interviene di attraversare con un certo grado di sicurezza anche i contesti più difficili. Per chi si trova a intervenire in un contesto emergenziale, che sia di grandi catastrofi o di emergenze quotidiane, abbiamo visto che i contesti di intervento possono essere molto diversi.⁷⁴ Molteplici sono le situazioni, diverse le variabili concernenti il tempo, lo spazio, la tipologia di salma o salme. Salme presenti o corpi assenti. Familiari assenti? Familiari che non riescono ad arrivare perché lontani, e arrivano in momenti successivi. Familiari che si sbagliano: nei casi di dolorosi riconoscimenti errati.

⁷³ Il cellulare presente anche nei contesti di intervento di emergenze quotidiane dove la rete dei familiari che vengono informati sono all'estero, si veda anche il racconto di Zanetti (2022), pp. 61-63. Sul narcisismo sociale e i media si vedano le interessanti riflessioni di Lingiardi, V. (2021). *Arcipelago N. Variazioni sul narcisismo*, Torino: Einaudi, pp. 105ss.

⁷⁴ “Le emergenze-urgenze della vita quotidiana sono eventi in cui si attiva il sistema di emergenza-urgenza e pronto soccorso dell’Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento e per i quali il personale sanitario ravvisa la necessità e l’opportunità di un intervento psicologico a sostegno delle persone colpite, dei familiari, del vicinato o degli stessi soccorritori. A titolo esemplificativo si possono ricordare gli incidenti stradali e di montagna, i suicidi e gli omicidi, la morte improvvisa di minori o persone care, gli annegamenti, la scomparsa di persone, gli incendi ecc.”, *Rivista di Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria*, 27, p. 56.

Dopo una morte improvvisa spesso i familiari sperimentano una perdita di autonomia: l'importanza della "gestione del setting in cui il parente vede il corpo del defunto deve essere considerata dalle persone incaricate, come ricorda Michele Perri in calce alla preziosa traduzione dell'articolo di Chapple e Ziebland (2010), (Perri, 2009/2010, p. 16).⁷⁵

Di fatto chi interviene si pone come mediatore rispetto all'esigenza del familiare e quella delle altre istituzioni coinvolte, ma anche del corpo e delle possibilità di interagire (tempi luoghi azioni). Le persone che accompagnano nei momenti di maggiore intensità e drammaticità possono diventare degli *"ausiliari dell'io"* (Cyrulnik, 2005) e degli interpreti del corpo del defunto nel rispetto degli aspetti anche culturali (Chapple e Ziebland, 2010, Mowll, 2017). Leggono attentamente il contesto del defunto, che le *usanze e il credo religioso* vengano rispettati, *dalla vestizione al preparare la salma*, perché non si provochi ulteriore dolore (Perri, 2009/2010, p. 16); che i responsabili della preparazione della salma, soprattutto quando provano a mascherare le lesioni per presentare il corpo, agiscano in conformità rispetto alla persona in vita (come si vestiva, pettinava, truccava), laddove possibile.

Le circostanze della morte presentano situazioni ed esperienze molto diverse tra loro: contesti di incidenti maggiori, maxi emergenze naturali (catastrofi ambientali, terremoto, alluvioni, frane, eruzioni vulcaniche); causate dall'uomo (trasporti, industrie, terrorismo, naufragi), di emergenze quotidiane (incidenti stradali, incidenti in montagna, incidenti sul lavoro, situazioni di morte improvvisa, suicidio). La tipologia di decesso in alcuni casi è collegata ad atti violenti: omicidio, femminicidio, suicidio... che abbiamo visto cambiano ulteriormente gli scenari.

Varia molto la tipologia di situazioni anche per le persone coinvolte, la presenza di altre persone o dei familiari, dei soccorritori, delle forze dell'ordine..., così come la *tipologia delle vittime* che possono risuonare per i soccorritori: la presenza di persone adulte, oppure anziani, giovani adulti, adolescenti, bambini. Neonati... E la *tipologia di luoghi*: scena del decesso o del ritrovamento del corpo, in tutti i luoghi possibili, ma anche ospedale, camera mortuaria...

⁷⁵ Perri, M., *Vedere il corpo morto dopo una morte traumatica, implicazioni per i familiari: analisi critica di un articolo*, Università degli Studi di Verona, Facoltà di medicina e chirurgia: 2009/2010 (relatrice Renata Brolis).

Si è considerato anche l'importanza della *dimensione spazio temporale*. Per quanto riguarda lo *spazio*, questo può essere il luogo del decesso,⁷⁶ molto spesso altri luoghi: ospedale, lettini, obitorio, case private (soggiorni, bagni, camere da letto... letto, pavimento), capannoni (*hangar*), palestre, tendoni, luoghi aperti, luoghi chiusi, rimorchio frigo disposti nei sacchi, coperti da lenzuoli, feretri, sulla roccia...

Il *tempo* in cui i familiari possono confrontarsi con il corpo del proprio caro varia da subito dopo il decesso, a poche ore dopo, dopo alcuni giorni, settimane; mesi in alcuni casi. Anche l'accompagnamento può avvenire nei diversi momenti e talvolta ripetuto in più occasioni. Diverso quindi anche lo stato della salma, del corpo (dei corpi): talvolta sereni e 'dormienti', altre volte corpi molto danneggiati, feriti, talora in avanzato stato di decomposizione. Corpi smembrati, divorati, saponificati. Svaniti.

La *dimensione temporale* è importante per quanto riguarda il tempo necessario ai familiari, a chi interviene, di approcciarsi al corpo: la necessità di dare il tempo per l'ultimo saluto, quando è possibile, e darsi il tempo. Dare il tempo di lasciare entrare la realtà, dare il tempo di stare nell'incertezza quando non si ha ancora una salma, in casi di incidenti molto gravi, per alcuni giorni in attesa di riscontri del DNA. Per i familiari di persone scomparse la situazione è drammatica: disorientamento, tensione, indecisione, in un'altalena di speranza e disperazione, "il dolore per la potenziale perdita è come 'bloccato' fino al momento in cui non arrivano notizie certe o sono ritrovati i resti o gli effetti personali dello scomparso" (Pietrantonì e Prati, 2009, citano Walsh, 2007 p. 127). Emozioni e sentimenti possono essere di risentimento, rabbia, anche verso le autorità, le istituzioni, il personale sanitario, per ciò che viene percepito come assenza di informazioni o scarso supporto logistico (Pietrantonì et al., 2008; Pietrantonì e Prati, 2009, p. 127, sull'incidente ferroviario di Crevalcore). Molto forte la negazione, uno stato di confusione che talvolta non permette di decidere in fretta ciò che si vuole fare e può mettere in difficoltà anche i soccorritori.

⁷⁶ Ricorda un commento al Libro tibetano dei morti: "Il momento migliore per la pratica del *phowa* è quando il corpo non è stato ancora toccato o spostato. Se ciò non è possibile, fate la pratica nel luogo della morte o, almeno, immaginatelo con vividezza nella vostra mente. C'è un profondo legame tra il morto, il luogo dov'è avvenuta la morte e il momento del decesso, specie se le modalità della morte sono state traumatiche." (Rinopche, 1994, p. 278). Il *phowa*, o trasferimento di coscienza, "è una pratica yogica e meditativa usata da secoli per aiutare il morente e prepararlo a morire" (*ibidem*, p. 218). Si veda anche il racconto della morte del maestro Jamyang Khyentse, (*ibidem*, p. 252-53).

Il tempo assume dunque una valenza molto importante ai fini di una *scelta consapevole, rispetto a vedere o meno il corpo*, a quando, come e dove vederlo, oppure ad accettare che sia preferibile in quella situazione non vederlo (Harrington e Sprowl, 2011; Chapple e Ziebland, 2010; Mowll, 2009, 2017; Mowl et al., 2016; ecc.).

Il *tempo* è necessario anche perché il corpo venga preparato, dal personale sanitario, dagli addetti ai servizi funebri, e apre a riflessioni rispetto a *chi si occupa del corpo*, qual è lo spazio per i familiari e la cura del corpo in tempi di forte medicalizzazione e istituzionalizzazione di alcune pratiche, e quindi qual è la possibilità degli stessi familiari di conoscere come approcciarsi e non essere sconvolti da pratiche alle quali non sono più abituati (il corpo sparito, il corpo ricomposto, si vedano al riguardo Ariès, 1989; Testoni et al., 2020; Testoni, 2021, ecc., il ruolo dell'odore, del disgusto, della paura, ecc.).

Già Parkes, in contesti ben differenti e forse lontani da oggi (vedove), non emergenziali, proponeva una consapevolezza dell'importanza di un aiuto nelle prime fasi del lutto: “Mentre si trova ancora in condizione di smarrimento e di stordimento, la persona in lutto avrà probabilmente bisogno di essere aiutata nelle decisioni anche le più semplici. Ha anche bisogno di tempo: tempo per soffermarsi e cominciare a riorganizzare le idee, per accettare quello che è accaduto.” (Parkes, 1980, p. 172). I parenti stretti e gli amici da avvisare, aiutare nell'ultima visita all'ospedale o sul luogo dove viene conservata la salma, se necessario accompagnare a casa o “assistere nella denuncia di morte e nelle disposizioni per il funerale, ‘proteggere’ dalla sollecitudine benintenzionate di parenti e vicini”, oppure “attirare parenti e vicini chiedendone l'aiuto per le cose pratiche mentre si attende che lo shock iniziale del lutto sia passato”, “non far nulla che possa inibire l'adeguata espressione del cordoglio” (*ibidem*): “Finché non ha ‘assorbito’ il fatto del suo lutto essa appare, nella fase di stordimento o di shock, confusa e disorganizzata. Non ha progetti che la mettano in grado di affrontare la situazione e ha bisogno di tempo e di protezione rispetto agli intrusi” (Parkes, 1980, pp. 172-73).

Nella letteratura sopra riportata emerge unanime il consenso sull'importanza che i familiari del defunto possano esercitare una scelta se vedere o meno la salma del loro caro, la scelta più consapevole possibile, con il tempo necessario a disposizione, compatibilmente con le situazioni in cui si opera, e che questa venga avallata dai professionisti che li accompagnano una volta presa la decisione.

Viene sottolineata anche la responsabilità etica di chi supporta e consiglia riguardo alla scelta (Harrington e Sprowl, 2011, p. 79). Spesso i familiari preferiscono *vedere il corpo il prima possibile*, quasi vi fosse un impulso ad esserci (la *drive*, di cui parlano Chapple e Ziebland, 2010, ripresi anche da Harrington e Sprowl, 2011).

E quando l'intervento riguarda un corpo orrendamente mutilato? Come possono collocarsi i professionisti che intervengono in queste circostanze. Che tipo di esperienza possono vivere i familiari? Vedere la salma potrebbe rappresentare un elemento di ulteriore traumatizzazione? Come approcciarsi dunque in queste situazioni? (Pietrantonio e Prati, 2009; Chapple e Ziebland, 2010, Harrington e Sprowl, 2011). Cosa comporta per gli stessi soccorritori?

È stato ricordato come nel caso di *corpi così feriti* le implicazioni possono essere rilevanti anche per il colpo inferto al narcisismo sano delle persone che assistono (soprattutto nei casi di suicidio, e di persone giovani, vedi Pietropolli Charmet e Piotti, 2009). Come dimostrato da alcuni studi, le immagini che i familiari vedono possono scolpirsi nella memoria per un lungo periodo di tempo: nonostante ciò il vedere nei racconti di molte persone sembra preferibile rispetto alle immagini che un corpo non visto può suscitare, proprio perché lasciare all'immaginazione i racconti ricevuti talvolta può essere ancora più impegnativo (Chapple e Ziebland, 2010; Mowll et al., 2016).

È importante ricordare come l'esito di vedere un corpo con gravi ferite è stato collegato anche a sofferenza indicibile (con un episodio definito psicotico da Harrington e Sprowl, 2011; Mowll et al., 2016).

Negli ultimi decenni sembra essere tramontata la società narcisistica, dove l'essere umano sembrava regnare onnipotente,⁷⁷ non più sconfitto almeno nella rappresentazione mediatica, da vecchiaia, malattia, morte; dalla rimozione della morte si è passati al grande ritorno della presenza della morte, sempre però nell'assenza e nel distanziamento anche dei corpi, ad esempio durante il Covid-19, nuovamente rinchiusi in sacchi da disporre, con ciò che ne è conseguito e di cui i morti ci interrogano ancora: le vittime spesso ridotte a numeri in elenchi quotidiani e così distanziate.

⁷⁷ "Abbiamo toccato con mano i limiti dell'onnipotenza verso cui eravamo lanciati (corpi invincibili, morte rimossa), un po' come già accadde, direbbe Freud, in occasione delle grandi mortificazioni dell'umanità" copernicana, darwiniana psicoanalitica (Lingiardi, 2022, p. 113).

Se il lutto e la morte hanno assunto un'evidenza tangibile, il corpo continua ad essere gestito soprattutto dal personale tecnico, meno dalla famiglia, arrivando quasi alla sparizione del corpo malato, del moribondo, del morto. Si è ipotizzato che l'attacco al corpo vivo sia diventato altrettanto tangibile, come nel caso del corpo di alcuni adolescenti, che diventa simbolo e mezzo per esprimere la loro sofferenza clinica (modellarlo, renderlo invisibile, recluso, il *cutting*, i tentativi di suicidio, i suicidi in aumento...), alle importanti ricadute anche sulla cerchia di amici oltre che dei familiari e della comunità tutta, nei casi di suicidio (Pietropolli Charmet e Piotti, 2009, sull'attacco al corpo citano gli studi di Jeammet, 1992). All'integrità del corpo compromessa nella società dei *selfie*, dove il corpo di una persona è stata visto e fotografato e postato un'infinità di volte nelle sue situazioni migliori, e ora... A proposito del cadavere occultato nella società del narcisismo, Pietropolli Charmet e Piotti (2009) osservavano: "Emerge con sconcertante chiarezza che della morte in generale e della propria morte [i giovani] hanno rappresentazioni molto sfuocate per una miriade di motivi, ma anche perché quasi tutti loro non hanno mai vegliato o visto personalmente il cadavere di una persona che prima era viva e poi è morta, di modo che il suo corpo giace privo di vita ed è appunto diventato un cadavere" (Pietropolli Charmet e Piotti, 2009, pp. 42-43).

Le rappresentazioni della morte alle quali i ragazzi sono abituati sono quelle onnipotenti dei giochi elettronici e della realtà virtuale, sfuocate e soprattutto reversibili, senza "la rappresentazione realistica del cadavere, cioè del corpo al quale si è sottratta la vitalità per sempre" (ivi, p. 43): "I ragazzi che tentano il suicidio non hanno rappresentazioni così nitide e nette del passaggio irreversibile fra la vita e la morte e delle caratteristiche irreversibili della scomparsa dei segni di vita dal corpo che un attimo prima era vitale. Non aver mai vegliato un cadavere è una metafora di come la società del narcisismo abbia relegato nella rimozione educativa e culturale la malattia e la morte, rendendo osceno e inaccessibile il discorso sulla morte e sulle fantasie suicidal" (*ibidem*).

Il Covid sembra aver messo a dura prova anche la fiducia nella tecnica e nella medicina, gettando un'ombra sull'illusione prometeica di governare e controllare l'esistenza: "Crediamo sempre meno nell'aiuto di numi tutelari, ci affidiamo sempre meno alla protezione di riti magici, confidiamo sempre più in noi stessi, nella potenza della nostra ragione e della nostra volontà", scriveva nel 1997 Carotenuto (p. 86): l'esperienza della caducità e del limite ha svegliato sentimenti panici e depressivi, tornati dal rimosso, nella necessità imperante di affermazione esteriore e approvazione sociale.

Studi e riflessioni ulteriori dovranno essere dedicate all'oggi, nel cambio paradigmatico che stiamo vivendo, dove le "catastrofi" sembrano essere più assenti/presenti nelle riflessioni più o meno condivise.

Tornando agli scenari di intervento, un ascolto empatico e un'attenta osservazione prevede anche che si consideri come possano reagire, in quella situazione, le persone coinvolte: davanti alle difficoltà di accedere ad un corpo integro, possono esserci altre possibilità? Come rispondono i familiari, la rete amicale eventualmente presente, chi può essere la persona più indicata per l'identificazione? Per quanto riguarda *la scelta* è fondamentale che l'identificazione non sia sentita come un obbligo dai familiari, che possano rifiutarsi, o accettare in un secondo momento ed essere accompagnati in questo. Nella letteratura riportata è stato sottolineato come in alcuni casi vedere il corpo permetta di "lasciar andare il corpo fisico" (*relinquishing*) (Mowll et al., 2016) e superare il senso di irrealtà della morte, anche se non è sempre ritenuto indispensabile al superamento del lutto (Omerov, Steineck, et al., 2014, citano Dublin e Sarnoff, 1986).

Nella confusione di questi momenti, di fronte a persone che d'impulso vogliono vedere il corpo al più presto possibile (Pietrantoni e Prati, 2009), sappiamo esservi persone che faticano anche a formulare questa richiesta, se non a pensarla. Avere una persona accanto che aiuti in questo passaggio, che siano dei familiari in grado di gestire la situazione, oppure delle persone a loro amiche è fondamentale, oltre alla presenza di personale preparato che si assicuri che i familiari non vengano lasciati soli, se necessitano di un aiuto. Chi accompagna un familiare deve dunque assicurarsi che essere presente sia una sua scelta, prima ancora di procedere alla descrizione del luogo in cui vedrà il corpo e delle condizioni in cui lo troverà (Mowll et al., 2016). Accompagnare al *viewing* implica essere consapevoli che il familiare possa oscillare tra il volere essere lì, il voler vedere, la paura e il rifiuto, e che non può essere obbligato.

Quasi tutti gli studi sottolineano l'importanza di proteggere le persone nel caso in cui le condizioni del corpo del defunto siano eccessivamente deteriorate, perché il vedere non dia origine in seguito a immagini potenzialmente intrusive (nei racconti riportati non era segnalato come una ragione per rimpiangere l'aver visto il corpo); di poter scegliere in modo informato (Mowll et al., 2016).

Qualora la persona esprima la decisione di non voler vedere il corpo, si suggerisce di aiutarla a farlo in un secondo momento, senza che l'insistenza diventi inopportuna; diversamente la si può aiutare a identificare delle modalità alternative di significare l'accaduto, *validando la sua scelta*, anche di fronte ad altri familiari che non la condividono (Mowll et al., 2016).

Opinioni sul vedere o meno il corpo possono essere determinate dalle circostanze della morte, dal sentire di altre persone; sottoposto a variabilità nel tempo (*mutabilità nel tempo*) può richiedere per alcune persone la possibilità di vedere il corpo a più riprese nei giorni successivi (Chapple e Ziebland, 2010, p. 18, Perri, 2009/2010, p. 11).

Altri invece vogliono procedere al *viewing* al più presto con varie motivazioni: verificare che non siano stati commessi degli errori di identità, prendersene cura in modo adeguato, dare l'addio (*ibidem*).

La stessa narrazione dell'esperienza vissuta può cambiare ed essere valutata in modo diverso, in quanto come ogni racconto, mutabile nel tempo (Chapple e Ziebland, 2010, p. 18, Perri, 2009/2010, p. 11). Vedere il corpo può diventare un momento per riconoscerne il ruolo davanti ad altri, un'occasione per parlare al defunto, del defunto, come pure del proprio ruolo. I familiari devono essere informati anche della possibilità o meno di toccare il corpo, o qualora necessario e possibile, di occuparsi di lui per l'igiene e gli aspetti materiali (il *physical caring* ricordato da Chapple e Ziebland, 2010; Mowll et al., 2016), soprattutto nelle culture dove è la prassi e i familiari 'sanno' i rituali, conoscono l'agire; di avere la possibilità di stare in relazione e di 'sentire' la relazione con il defunto (*relational connection*, Mowll et al., 2016, p. 9); di occuparsi degli aspetti più spirituali (Rinopche, 1994; Thurman, 1998).

Viene sottolineato come in alcuni contesti i familiari abbiano apprezzato il rispetto per loro e per il corpo del loro caro, la partecipazione, l'empatia, la gentilezza, aver sentito la premura anche nei piccoli gesti materiali (Harrington & Sprowl, 2011, pp. 72-74): che venisse offerta loro una sedia, un fazzoletto, un bicchier d'acqua... che il posto fosse un posto 'pensato' per quel saluto. Come anche ricevere una chiamata nei giorni successivi (*'follow up'*).

Tra gli aspetti sottolineati troviamo la possibilità di poter decidere dopo aver ricevuto informazioni dettagliate, fornite in modo empatico, gradualmente, di poter avere un tempo adeguato per la scelta (Merlevede et al., 2004; Chapple e Ziebland, 2010; Mowll et al., 2016).

Un errore di riconoscimento della letteratura lo troviamo nel dramma in sei atti di Tolstoj, ispirato alle cronache giudiziarie dell'epoca e pubblicato postumo nel 1912, *Il cadavere vivente*. L'opera porta in scena il finto suicidio di Fedja, Fëdor Vasil'evič Protasov, e rappresenta un atto d'accusa verso la società del suo tempo, oltre alla lotta nell'animo di Tolstoj tra l'arte e l'intento dottrinale didattico (Leone, 1991, p. 29):

“Fedja: Lo trovarono. Pensate un po'. Dopo una settimana trovarono un corpo. Chiamarono mia moglie a identificarlo. Un cadavere putrefatto. Gettò uno sguardo. – È lui? – È lui. E tutto finì lì. Mi seppellirono, loro, e si sposarono e vivono felici. Ed io, eccomi qui. Vivo e bevo. Ieri sono passato davanti alla loro casa. Luce alle finestre, un'ombra dietro una tenda. A volte mi va male, a volte così così. Va male quando sono senza denaro... (Beve)” (Tolstoj, 1991, pp. 165-167).

“Giudice Istruttore (a Liza): Bene, e quando la polizia vi invitò ad identificare il cadavere, come riconosceste vostro marito?

Liza: Ero così agitata che non guardai neppure il cadavere. Ero sicurissima che fosse lui.” (Tolstoj, 1991, p. 179).

La preparazione del corpo sembra avere un ruolo davvero importante in alcune realtà: dare al defunto un aspetto pacificato viene descritto come di grande aiuto; per altri è stato invece motivo di disappunto trovare un defunto irriconoscibile rispetto a quello che ricordavano (Harrington e Sprowl, 2011, p. 76).

La realtà della morte viene toccata con mano da chi ha la possibilità di vedere il corpo e alcuni studi sottolineano come poche persone, se preparate adeguatamente e accompagnate nell'esperienza, sembrano rammaricarsene in seguito (Mowll, 2009); spesso il rimpianto è in coloro che non avevano avuto la possibilità o la forza di vedere il corpo (Mowll, Lobb, & Wearinget, 2016). Viene sottolineata la *responsabilità etica del suggerire o meno di vedere il corpo*, riconoscendo in questo una forma di potere collegato al ruolo professionale (Harrington e Sprowl, 2011).

Quali sono le informazioni importanti da condividere?

Abbiamo visto come il viewing venisse talvolta scoraggiato per motivi medico legali, oppure in presenza di un corpo molto danneggiato, o ancora per proteggere i familiari, per proteggere il personale intervenuto dalle forti emozioni dei familiari stessi (si veda Chapple e Ziebland, 2010; Harrington e Sprowl, 2011, che riprendono la letteratura esistente).

Essere informati su *quando-come-dove* sarà possibile vedere la salma diventa essenziale, come anche garantire uno spazio protetto, sia questo sul luogo del decesso o dove è stato ritrovato il corpo, oppure una volta che la salma è stata ricomposta; eventualmente informazioni riguardo la possibilità per i familiari di vedere il corpo anche in un secondo momento.

Tra le informazioni importanti da dare, oltre alla possibilità o meno di vedere il corpo, sono necessarie indicazioni precise sul luogo in cui si trova la salma e le condizioni in cui la troveranno, date in modo essenziale, con gli aspetti strettamente necessari, ad esempio l'eventuale presenza di ferite o altro, di eventuali coperture totali o parziali; se possibile avere un luogo o una stanza appositamente predisposta (assicurarsi che le persone siano vestite adeguatamente, ad esempio per il freddo presente in stanze obitorio in estate, o vi sia qualcosa da offrire loro in quel momento, dai fazzoletti all'acqua, uno scialle, una sedia).

Ci sono aspetti relativi all'igiene della salma o alla vestizione della salma da considerare, ed eventualmente chi si occupa/si è occupato della preparazione? È necessario pensare ai vestiti da portare? A proposito del *tempo* (quando è possibile vedere il corpo, quali gli eventuali orari del luogo, quanto il tempo a disposizione) quando può esserci una persona che li può accompagnare in questo. Quali sono le eventuali restrizioni e le azioni possibili: la possibilità o meno di toccare il corpo, il saluto, parlare, leggere qualcosa, un canto, una preghiera oppure altri rituali possibili in quel momento; lasciare un oggetto, qualche pensiero? O anche solo rispettare l'esigenza di familiari e/o amici di uscire, allontanarsi, il più in fretta possibile.

Assieme agli aspetti più pratici e materiali: dove sono i servizi, ci sono delle sedie a disposizione (avere a disposizione fazzoletti, la possibilità di offrire dell'acqua, tisana o caffè, acqua, carta e penna)? Dove si può parlare e telefonare? Esiste un posto riservato dove poter salutare il proprio caro? O vi saranno dei momenti successivi in cui sarà possibile? Ci sarà una camera ardente in futuro? Se in ospedale: esiste una sala adibita a sala del commiato?

Prima dell'intervento

Quali sono le informazioni disponibili? Spesso nell'attivazione regna la confusione finanche sull'identità delle persone coinvolte. Come ci si può preparare? Alcuni studi evidenziano l'importanza per i familiari di comprendere cos'è successo, conoscere i dettagli delle circostanze, quanto è stato fatto nel caso in cui ci sia stata la possibilità di intervenire per tentare di salvare la persona deceduta, ecc. (Chapple e Ziebland, 2010): avere le informazioni rilevanti è utile, anche in contesti molto

confusi così come valutare attentamente quali informazioni sono necessarie e secondo quali modalità dare le informazioni richieste (riportare ordine nel caos). Essere consapevoli del potere che chi interviene si trova suo malgrado a esercitare, nelle informazioni che si detengono, come anche delle valenze etiche nello spingere o meno ad approcciarsi a corpi molto danneggiati (Harrington e Sprowl, 2011).

Durante l'intervento

Riflettere su quali siano le informazioni da dare e il modo più opportuno per comunicare con quel familiare, in quella situazione. Trovare un luogo dedicato in qualunque contesto (come avviene sul luogo dell'incidente, un gazebo, un lenzuolo, uno spazio riservato, una stanza dedicata, se in ospedale).

Quali saranno le procedure da seguire, comprendere e spiegare dove troveranno la salma, soprattutto in modo graduale ed essenziale le condizioni in cui la vedranno, modalità temporali ed eventualmente gli orari di accesso ai luoghi (siano questi tendoni, ospedale, camera mortuaria), anche laddove vi sia la necessità/possibilità di avere diversi momenti di accesso al corpo; a proposito di eventuali effetti personali, a chi vengono consegnati? In quali condizioni? Le condizioni degli abiti (perché sono rovinati se sono stati tagliati, ecc.); è opportuno interrogarsi anche su come collocarsi di fronte ai soccorritori, al personale sanitario, senza che l'intervento ostacoli il loro lavoro, ma garantendo ai familiari di stare al cospetto del corpo qualora lo desiderino, perché possano esprimersi con le loro modalità (parlare, toccare, accudire? eventuali riti religiosi...).

L'importanza di luoghi pensati e adeguati viene sottolineata da diversi autori (Perri, 2009/2010, Mowll, 2009, ecc.) che si interrogavano sul mettere a disposizione delle persone deputate ad accogliere i familiari, anche in ambito ospedaliero. (A vent'anni di distanza quanto è cambiato nel contesto della sanità? Quanto ha modificato procedure e percorsi la pandemia di Covid-19, e come possono muoversi ora gli operatori sanitari nel momento attuale di crisi di un sistema sanitario che fatica a trovare risorse adeguate da investire?⁷⁸

⁷⁸ Si veda la tabella della Fondazione Gimbe relativa alla riduzione della spesa sanitaria prevista dal Documento di Economia e Finanza (DEF) approvato dal Consiglio dei ministri dal 2023 alle previsioni per il 2027 pubblicata sul *Sole24Ore*, 16 aprile 2024), che segnala come le spese per la sanità risultano costanti in termini assoluti, ma in diminuzione in % PIL (addirittura in negativo nel 2024), <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-04-16/gimbe-def-spesa-sanitaria-calo-2023-e-il-2024-l-aumento-e-illusorio-091017.php?uuid=AFFBmMSB>.

Identificazione della salma

Nei casi in cui sia necessaria l'identificazione ricordano Pietrantoni e Prati: "In generale si ritiene che la decisione spetti ai familiari, come pure decidere chi fra tutti andrà effettivamente a fare l'identificazione, poiché è giusto restituire loro un senso di controllo sulla loro vita. Inoltre la visione del corpo può aiutare a realizzare la perdita e facilitare l'entrata nella fase di lutto. Nei casi in cui il corpo sia decisamente alterato si preferisce offrire una chiara descrizione in modo che il familiare sia preparato o eventualmente possa rifiutare" (Pietrantoni e Prati, 2009, p. 127).

Quali sono gli obiettivi principali del pronto soccorso psicologico in situazioni emergenziali?

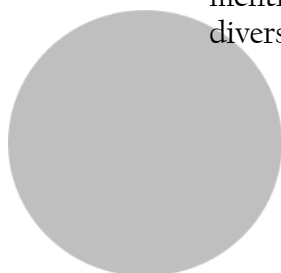
L'accompagnamento al riconoscimento della salma

Come per ogni intervento in emergenza, il ruolo di chi interviene per un supporto psicologico è favorire la sicurezza per le persone a breve e a lungo termine, offrendo supporto fisico ed emozionale; garantire la possibilità di stabilire un contatto umano empatico quando la frenesia delle situazioni non lo permette; aiutare superstiti e familiari a riconnettersi alle reti di supporto sociale.

Errori di riconoscimento

Tra le difficoltà relative al vedere la salma, soprattutto nella fase del riconoscimento richiesto ai familiari, con una certa frequenza accade che vi siano degli errori. Riconoscere o non riconoscere erroneamente un proprio caro può accadere per motivi diversi, per la speranza che non sia lui/lei (difesa), oppure inconsapevolmente per mettere fine ad una attesa e anticipare ciò che si teme, o ancora perché le condizioni del corpo non lo permettono con facilità.

Queste situazioni possono portare con sé successivamente forti elementi di incredulità, dolore e rimpianto, importanti sensi di colpa: dopo averlo visto perché deturpato, difficile da riconoscere "la peggiore esperienza avuta", come racconta una figlia che aveva dovuto riconoscere la madre morta in un incendio, resa irriconoscibile dalla fuliggine (e poi un corpo reso estraneo dalla preparazione, Chapple e Ziebland, 2010, p. 14. Per la difficoltà dei riconoscimenti di corpi sepolti erroneamente, seppure in un contesto diverso, si veda il racconto di Tervonen, 2022).



Situazioni di catastrofi naturali o incidenti e difficoltà di accudimento della salma

Modalità di accompagnamento idonee vanno predisposte anche in quelle situazioni emergenziali, quali catastrofi naturali o incidenti con numero elevato di corpi, che talvolta comportano politiche restrittive nell'accudimento della salma; in queste circostanze è indispensabile che vi sia un adeguamento delle modalità di accompagnamento al riconoscimento. Anche in situazioni in cui sia impossibile eseguire i rituali propri della cultura e della religione di appartenenza è importante agevolare e predisporre rituali alternativi pensati e decisi dai familiari delle vittime, perché possano procedere nel lutto.

Dopo l'intervento...

Quanto è importante un follow up per familiari o altre persone coinvolte?

Chi lo può organizzare, con che modalità, in che tempi? I familiari possono essere avvertiti che riceveranno una chiamata (il giorno successivo? a distanza di qualche giorno?). Merlevede et al. (2004) argomentano quanto sia importante un contatto a distanza di tempo, e come nei due mesi successivi il medico di medicina generale fosse coinvolto con maggiore frequenza dai familiari di una persona morta improvvisamente (Merlevede et al., 2004, p. 347, in questi frangenti i familiari che percepivano il medico curante come non disponibile procedevano a sostituirlo).

Postvention is prevention: come ricorda Worden (2008), la *Postvention* è prevenzione, fondamentale ad esempio nei casi di suicidio che vanno a creare delle importanti smagliature nella rete sociale, familiare, della comunità tutta (si veda anche Pietropolli Charmet e Piotti, 2009).

Competenze e ruolo di chi interviene: Competenze per l'accompagnamento al riconoscimento della salma. Consapevolezza del lutto

“Per intenderci bisogna capire bene quale sia il confine tra il reale e l'irreale. Tra ciò che desideriamo e ciò che crediamo che sia vero. Bene, chiamiamo questo confine *limes* e proviamo a percorrerlo per vedere dove ci porta (...). Prima di superare il *limes* è dunque importante rivolgerci una domanda: che cosa significa per noi la morte? Che cosa crediamo che accada quando si muore? Che cosa diamo per scontato senza rendercene conto?” (Testoni, 2021, p. 16).

Come *'tutori della resilienza'* (Cyrulnik, 2005) o momentanei *'ausiliari dell'io'* chi interviene si trova ad affrontare le incombenze più immediate, comprendere il contesto, aiutare se necessario a cercare supporto, a riallacciare la rete sociale di chi è in difficoltà.

Competenze essenziali per un intervento di accompagnamento al riconoscimento della salma sono la capacità di reggere e leggere il contesto e trovare soluzioni creative anche all'impensato; la possibilità di porsi in ascolto empatico delle persone coinvolte nel riconoscimento della salma, di altre figure presenti (altri soccorritori, forze dell'ordine, sanitari); la possibilità di pensare a strategie creative nei contesti culturali altri, che richiedono il rispetto della specificità culturale (Ielasi, 2011); la capacità di valutazione e condivisione, se sia opportuno procedere nel riconoscimento e secondo quali modalità; buone capacità comunicative e di mediazione tra le organizzazioni e le persone coinvolte. La sensibilità per accogliere, ascoltare e dare voce a chi era il defunto (Ranzato).

Nel caso specifico del riconoscimento della salma, la modalità con cui questo avviene può influire sulle persone coinvolte, anche ad avviare una risoluzione positiva del lutto, permettendo loro di portare un ultimo saluto al corpo in uno spazio pensato e consono. Davanti alla confusione e ai possibili e frequenti momenti di negazione dell'immediato può aiutare a constatare la realtà della morte, prevenendo – se avviene con le dovute accortezze e accompagnamento – forme di lutto potenzialmente patologiche. Personale preparato e formato a queste situazioni dovrebbe avvertire rispetto alle reazioni che si potrebbero in seguito verificare, quali le eventuali reazioni considerate *'normali'*, per quanto intense, in una situazione così abnorme.

Una scheda di intervento può indicare consigli pratici di base, valutando se possa essere più utile in un momento conclusivo dell'esperienza, mentre altri aspetti andrebbero considerati in un eventuale *follow up* (reazioni possibili, sul breve e lungo periodo, evitare l'uso di sostanze alcoliche, l'importanza di mantenere il ritmo sonno veglia, possibili ricadute sull'umore e sulle relazioni più prossime; momenti di respirazione; a chi indirizzare eventuali richieste di aiuto; avvertire che vi sarà una chiamata di *follow up* (tempistiche?); prospettare la possibilità di essere aiutati, fornendo i riferimenti dei servizi territoriali di psicologia clinica, e/o centri-gruppi specifici dedicati al sostegno ai familiari delle vittime e/o gruppi di auto mutuo aiuto) (PFA, 2010).

Trovare i rituali per quella comunità, per quella persona/non sovrapporre i nostri, rispettare le sensibilità di culture diverse.

La consapevolezza che culture diverse hanno espressioni differenti del dolore della perdita, rituali di condoglianze, visite delle persone vicine, canti, cori, litanie, l'urlo, la recita della corona, funerali, l'importanza di non portare il dolore troppo a lungo nel corpo; antiche pratiche e culture tradizionali permettevano almeno un anno per attraversare il momento della perdita. La solitudine dei lutti occidentali. In Scandinavia si nominava il "vivere nella cenere" per trasformare il dolore in qualcosa di utile per la comunità; nella cultura ebraica, restare nel lutto per molto tempo, in Irlanda, e in alcune delle nostre valli, accompagnare la salma, non lasciarla sola, in casa... (Francis Weller "ciò che non è redento divora"); in alcuni contesti l'importanza dei tre giorni che permetterebbero ai corpi sottili di lasciare il corpo... La disperazione dei familiari, nei casi in cui questi rituali non possono essere svolti. La consapevolezza dell'impossibilità di avere competenze riguardo ogni cultura, e culture di gruppi diversi, può aiutare a relativizzare il nostro punto di vista ed entrare in ascolto e dialogo con portatori di culture altre rispetto a quella di chi interviene, di significati diversi.

Le stesse tradizioni vengono modificate, ricorda Ranzato (2020) a proposito della morte in Africa, con la modernizzazione, l'urbanizzazione e la secolarizzazione: "Con l'abbandono dei villaggi, il fascino dei modelli occidentali di vita che provengono dalle televisioni e da internet, anche le tradizioni sono destinate ad affievolirsi così come le ritualità attorno alla vita e alla morte rischiano di perdere una parte del loro significato. Tuttavia l'eco di queste tradizioni culturali rimane presente e nelle esperienze dei migranti risuona certamente con un valore affettivo e culturale ancora importante."

(Accelerazione del tempo, secolarizzazione, quali nuove modalità? La diversa temporalità che il lutto ha iniziato ad assumere in Occidente sembra corrispondere alla necessità di non soffrire, di distrarsi. Gli stessi funerali che possono dare il giusto valore alla perdita e al dolore con la partecipazione della comunità, in alcune realtà sembrano entrare in una dimensione accelerata, dove la celebrazione stessa corrisponde alla celerità dei tempi, davanti a sacerdoti che devono gestire molte parrocchie e in alcune realtà non riescono a presenziare al momento di chiusura dell'urna nei loculi).

Modernità che porta a ritornare a concentrarsi subito sul lavoro, più che sul cadavere e sulle necessità del lutto. Parkes a proposito del periodo prescritto sia per il lutto che per il suo termine osservava: "Mentre è vero che le attese sociali concernenti la durata del compianto non possono strettamente corrispondere a tutte le esigenze individuali di esprimere il cordoglio,

esigenze che variano considerevolmente, l'assenza di qualsiasi aspettativa sociale, come oggi comunemente accade nelle culture occidentali, lascia la persona in lutto confusa ed insicura del proprio cordoglio" e concludeva che sarebbe "psicologicamente utile" se le Chiese potessero dare indicazioni al riguardo (Parkes, 1980, p. 179).

Alcune perdite (morte violenta, suicidio...) sembra che faticino ad essere vissute come "redente", "liberate da uno stato di impurità, di inferiorità, di sofferenza" (dal lat. *redemptio* -onis, der. di *redimĕre* «riscattare», part. pass. *redemptus*).⁷⁹ Com'è possibile (è possibile?) trasformarle in perdite che possono essere "redente", comprese, accolte, vissute... Forse la "redenzione" si può concretizzare negli atti rituali. Consapevolezza, lacrime, sofferenza... Ciò che viene riconosciuto non divora (Weller, 2015). "Lutto prodotto da quella cattiva morte che 'si ciba dei viventi come un leone che divora l'uomo' (proverbio della Tanzania)" (Ranzato, 2020). La possibilità di dedicare un tempo anche alla sofferenza perché trovi le modalità più consone per quella persona, per quella comunità, di essere attraversata.

La consapevolezza della morte e dei miti che ci abitano (e che abitiamo) diventa essenziale nell'intervenire al cospetto della morte, soprattutto in casi di morte improvvisa. Imparare a reggere il silenzio e l'angoscia... Qual è la nostra posizione di fronte alla morte? Quali i nostri miti, le nostre riflessioni filosofiche o spirituali? Non siamo esenti dall'inquietudine di fronte alla morte, l'esserne consapevoli permette di reggerla. Quanto le credenze di chi accompagna e di chi si accompagna fanno la differenza? Narrazioni, che noi teniamo ben chiare per noi stessi. Il nostro rapporto con la morte.

"[...] la solitudine c'è solo rispetto ai vivi. Rispetto ai morti non c'è solitudine, i morti sono sempre qui" (nota del 1962, Canetti, 2017, p. 122).

Per alcuni forse anche tenere presente in un setting interiore che "Lui non è più qui: un lutto necessario si impone poiché in ogni lutto 'lui' o 'lei' non sono più tra noi." (L'angelo come messaggero. Chi non ama scomparire, Recalcati, 2023, 1 Ottobre, *La Stampa*). Nelle parole di Massimo Recalcati che cita il Vangelo di Luca "Perché cercate il vivente tra i morti? Non è qui, ma è risorto". (Lc, 24, 5-6)... il vivente non è più qui".⁸⁰

⁷⁹ <https://www.treccani.it/vocabolario/redenzione/redenzione>

⁸⁰ Recalcati (2023, 1 Ottobre), Chi non ama scomparire, *La Stampa*.

Forse. Per alcuni invece ci camminano accanto (Hillman e Shamdasani, 2022; Ramon, 2022, ecc.).⁸¹

Il vivente non sta fra i morti. Se Dio è morto (Nietzsche) o meglio – ricorda Madera citando Jung – “Egli si è svestito dell’effigie che gli avevano conferita per cui ‘non sarà più ritrovato laddove il suo corpo venne deposto’, ma dovrà essere ricercato altrove e in altre forme, come Dio che sta tra le cose, il mediatore della vita, la via, il ponte, il passaggio”.⁸²

(Essere ‘tutori della resilienza’, nell’incontro con il corpo del defunto e la sofferenza dei suoi familiari, può forse essere anche un ricordarci che ‘il Vivente non è qui’? L’Angelo è il messaggero per le donne che si recano al Sepolcro. Non angeli messaggeri (*hybris*), ma tenere accesa quella luce dentro di noi. Restare tra la consapevolezza dell’importanza del corpo, di un ultimo tocco, vista, presenza-assenza, ma anche la consapevolezza di una soglia (‘è qui/non è più qui?’), di quella liminalità.

L’intervento di supporto psicologico delle volontarie e dei volontari dell’associazione Psicologi per i Popoli in alcune situazioni ha contribuito e continua a contribuire a traghettare le persone: un ponte, un momentaneo sostenere prima dell’arrivo di altri supporti, senza *hybris*, senza onnipotenza, consapevoli dell’ausilio temporaneo che si può recare (“un piccolo aiuto fornito in un momento di transizione sarà spesso più efficace di un aiuto dato in altri momenti”, Parkes C.M., 1980, p. 10).

La cura dei soccorritori... La cura di sé... Consapevolezza di chi interviene

Certi interventi possono avere in seguito ricadute sugli stessi soccorritori, sui sanitari, sugli operatori tutti, come ricordava Perri (2009/2010), nel caso ad esempio di una rianimazione non riuscita, oppure quando l’intervento riguardava neonati, ecc.

⁸¹ “Nemmeno la sua resurrezione (di Cristo) può attenuare questo trauma. Essa non è, diversamente da quello che pensava Freud, la negazione infantile della morte, ma, casomai, l’esito di un suo attraversamento. Non a caso tutta l’iconografia cristiana rappresenta il corpo del risorto con le ferite indelebili della sua passione. Nel racconto evangelico, il sepolcro di Gesù appare vuoto. Gli angeli che lo presiedono chiedono alle donne impaurite che si sono recate alla sua tomba: «Perché cercate il vivente tra i morti? Non è qui, ma è risorto». (Lc, 24,5-6)”; “il vuoto del sepolcro assomiglia ad una luce di una stella morta che insiste a rilasciare luce anche dopo la sua fine.” Si veda anche Recalcati, M., (2022). *La luce delle stelle morte*, Milano, Feltrinelli.

⁸² Madera parla anche di cristificazione: Cristo come colui che vive la sua via, lavoro dell’ombra, Madera, R., ‘Uomini e Profeti - Lezioni. “Carl Gustav Jung. Dopo la morte di Dio”, 30/04/2017

Ancora di più in situazioni di corpi molto deteriorati, con un grande numero di vittime, per situazioni causate da mano umana; per il tipo di risonanze che possono evocare.

Quali possono essere gli strumenti da mettere in campo?

Si rendono indispensabili momenti di riflessioni in equipe (difesi dalle incombenze frenetiche dei reparti di emergenza), di *defusing* e *debriefing*, eventualmente momenti individuali di supervisioni e recuperi (e risorse) adeguati. Questo tipo di supporto può essere disposto e suggerito, incoraggiato. Non imposto.

“La conoscenza delle proprie motivazioni nel lavoro dell'emergenza e delle proprie caratteristiche personali è altresì fondamentale per accogliere segnali e significati del proprio e dell'altrui sentire e agire: sono richieste alte capacità relazionali e di empatia; un'alta tolleranza alle frustrazioni; la capacità di reggere il conflitto escogitando possibili soluzioni creative; la capacità di confrontarsi in equipe articolate e multiprofessionali, senza irrigidirsi in ruoli e setting definiti e prestabiliti, danzando in armonia rispetto a contesti di fatto gerarchizzati.” [...] la consapevolezza dei rischi e uno sguardo costante, non autoreferenziale, ai propri vissuti interiori (un costante lavoro su di sé assieme alla possibilità di convivere con il dubbio e con la capacità di risoluzione creativa di problemi e conflitti sono ingredienti essenziali per chi lavora nelle professioni di aiuto in genere, e a maggior ragione nell'area dell'emergenza). La tecnica contribuisce di sicuro a proteggersi dai possibili vissuti di ansia e angoscia, dove rischia di imporsi l'agire frenetico, assieme alla difficoltà a fermarsi, a 'so-stare'. Infine, l'appartenenza a contesti strutturati (come gruppi e associazioni) costituisce un fattore di protezione, così come il lavoro attraverso formazioni continue, incontri individuali e di gruppo, supervisioni.” (Giacomozzi, Marsili, Powell, Riccio & Vasselli, 2017).

Qual è il nostro rapporto con la morte, con l'angoscia? Come condividere momenti tragici senza che l'abisso eserciti il suo risucchio?

Come sottolineato da Worden (2008), l'esperienza personale del dolore matura attraverso l'elaborazione dei lutti che si sono vissuti e permette di conoscere il processo del lutto, le possibili strategie, il proprio stile di coping nell'affrontarlo, ciò che può aiutare e ciò che è meglio evitare; come pure la possibilità di conoscere le risorse per affrontare il lutto esistenti sul proprio territorio.

Worden sottolinea la necessità di conoscere il proprio limite, anche in termini di quantità di interventi, di giorni, di persone da sostenere, a seconda della tipologia di intervento, e delle risonanze che un certo tipo di intervento può suscitare

(Worden, 2008). In alcune tipologie di intervento il momento del funerale può essere d'aiuto sia per stare accanto al dolore dei familiari, che per partecipare all'elaborazione della comunità (Worden a proposito degli operatori sanitari che lavorano con i pazienti nel fine vita con i quali si possono sviluppare forme di attaccamento suggerisce di partecipare al funerale come strategie di *'active grieving'*, lutto attivo, per attraversare il dolore e le emozioni) (Worden, 2008).

Essere consapevoli di cosa è di aiuto dopo un intervento e cosa invece è importante evitare (si vedano le Linee guida, PFA, 2010), quali le risorse disponibili anche per chi interviene (collega, tutore o supervisore, durante l'intervento, *defusing* subito dopo, momenti di *debriefing* anche collettivo in seguito; *report*; strategie individuali di gestire e affrontare le emozioni derivanti dall'intervento; avere rispetto delle proprie fragilità e di quelle di chi condivide l'intervento).

Spesso gli operatori sanitari e della salute mentale, soprattutto in ambito emergenziale, sono molto generosi e preparati a prestare soccorso e aiuto (Worden, 2008); talvolta però faticano a richiedere l'aiuto necessario per sé stessi, a riconoscerne il bisogno. In contesti ancora nutrienti, dove le energie vitali e lavorative non sono esaurite, l'aiuto principale dovrebbe venire dal gruppo di lavoro di appartenenza, dai responsabili, mettendo in campo strategie di condivisione, di riflessioni e apprendimento dalle situazioni di intervento (di quanto ha funzionato e di quanto non ha funzionato), di recupero e gratificazione (Worden, 2008, p. 258). (Worden ricordava come i volontari che dopo un lutto importante si attivano per portare supporto ad altre persone nella fase acuta del lutto sono risorse molto importanti, purché abbiano in qualche modo risolto il proprio dolore (*"some resolution"*, Worden, 2008, p. 258).

Perri, discutendo Chapple e Ziebland (2010), collegava la possibilità di vedere il corpo con l'*accettazione della realtà* della morte, ricordava come l'attribuzione di significato all'esperienza fosse un prodotto culturale (le attività di cura come attività nel passato collegate alla sfera del femminile e del materno), come l'immaginazione potesse essere peggiore della realtà, come arrivare in ritardo al cospetto del defunto potesse arrecare il senso di colpa rispetto al lasciare il defunto in solitudine; sottolineava il rispetto della privacy, l'esserci come un dovere, l'importanza delle pratiche religiose nei confronti del morto, gli usi e i costumi per la vestizione, ecc. (Perri, 2009/2010).

Riflettere e interrogarsi a livello individuale e collettivo in momenti non emergenziali su tutti questi aspetti permette di tenere acceso il pensiero, in una società che rischia di essere evitante e di procedere per procedure e protocolli; continuare momenti di formazione che contemplino riflessioni sul fine vita (*end of life education*) e risorse specifiche dedicate alla gestione del lutto, per monitorare come cambiano questi aspetti nel corso del tempo, per le diverse generazioni, per le persone provenienti da altri contesti culturali.

Il lavoro di Perri offriva alcune riflessioni dall'interno del Soccorso Trentino di emergenza in ambito ospedaliero dell'epoca (allora 118). Perri sottolineava come vedere una persona in procinto di morire avesse delle implicazioni anche per gli stessi soccorritori, esposti spesso al dolore e alla disperazione dei familiari che vivono la drammaticità dell'evento, e che hanno necessità di capire cosa sta accadendo e di avere fiducia nei soccorritori (Perri, 2009/2010); evidenziava inoltre come alcuni operatori sanitari utilizzassero la componente 'tecnico biologica della loro professione' in funzione difensiva, che comportava però una maggiore distanza dal paziente; come alcuni delegavano la componente emotiva e psicologica del rapporto con i familiari ad altri operatori che non rinunciavano al rapporto umano, pur sentendosi minacciati dalla morte.

Tra gli eventi di grande impatto sui soccorritori Perri riportava le situazioni di decesso avvenuto nonostante il tentativo di rianimazione e sottolineava quanto gli operatori rischiassero di vivere questa esperienza come una sconfitta, di sentirsi oppressi loro stessi da questo evento, di rischiare in seguito di esprimere irritazione verso i familiari (Perri, 2009/2010, p. 2). Rifletteva su quali potessero essere le implicazioni per infermieri e medici nel terminare una rianimazione e nel lasciare il deceduto nella propria abitazione, e ribadiva la necessità di una formazione ed educazione adeguata per gli operatori sanitari (nel suo caso di interesse, il personale infermieristico) che si trovavano spesso a fornire assistenza e supporto ai familiari nella fase iniziale del lutto (Perri, 2009/2010, p. 17; su questo si vedano anche Merlevede et al., 2004). Quanto sosteneva Perri discutendo l'articolo di Chapple e Ziebland (2010) a proposito della gestione del lutto secondo un approccio non solo tecnico si potrebbe estendere a tutte le professioni sanitarie e ai soccorritori: "La gestione del lutto della famiglia è un problema reale, concreto, che potenzialmente ogni giorno gli infermieri del dipartimento di emergenza extra ospedaliera si trovano ad affrontare, con dei precisi doveri nei confronti della famiglia e del suo lutto. Gli infermieri possono

trovarsi a vivere la contraddizione di applicare un approccio olistico dell'assistenza che comprende anche il coinvolgimento della famiglia, come parte integrante e fondamentale della complessità del paziente o di assumere un approccio esclusivamente tecnico, sicuramente appropriato in una visione biologica del paziente, ma non rispettoso dei diritti e dei valori dei familiari coinvolti" (Perri, 2009/2010, pp. 18-19).

Un aspetto che nell'esperienza di Perri poteva portare a discussioni tra i familiari stessi per le diverse opinioni era quello di lasciare il proprio caro a casa oppure portarlo in ospedale: in questo caso, si chiedeva quale potesse essere la presa in carico dei familiari, anche quando la persona veniva ammessa in terapia intensiva, o portata via in ambulanza (Perri, 2009/2010, p. 16-17; su questo si veda anche Merlevede et al., 2004). Supponeva che la gestione di queste situazioni in ospedale potesse vedere un'integrazione con i servizi ospedalieri, affinché i familiari fossero "presi in carico" essi stessi (Perri, 2009/2010, p. 16-17). Dal momento che in ambulanza non c'era lo spazio per trasportare i familiari, iniziava subito la separazione; aspetto di grande fatica per i familiari durante la pandemia da Covid-19⁸³; si chiedeva come garantire un supporto ai familiari al loro arrivo in ospedale, di persone che agiscano da intermediari (Perri, 2009/2010, p. 17).

Gli interrogativi che si poneva Perri tornano in altri autori. Tra le strategie di fronteggiamento dello stress nei soccorritori, Pietrantonì e Prati (2009) identificavano soprattutto quelle relative ad affrontare il problema quali accettazione e pianificazione, ricerca di sostegno (strumentale, emotivo), meno di evitamento (Pietrantonì e Prati, 2009, pp. 132-33). L'utilizzo infatti di strategie di evitamento (negazione, colpevolizzazione, disimpegno comportamentale) aumentano il rischio di malessere lavorativo (ivi, p. 134).

Il distanziamento emotivo tra le strategie di coping si rivela utile e adattivo durante l'intervento (concentrazione e mantenimento della lucidità necessaria): "In caso di esposizione a corpi morti, la strategia del distanziamento emotivo può essere associata a una spersonalizzazione della vittima o una reificazione del corpo: gli operatori che si trovano a recuperare resti umani possono far finta di raccogliere 'oggetti'. Tuttavia

⁸³ "[...] la recente pandemia da Covid-19 ha messo in luce ulteriori fattori di rischio per lo sviluppo di PGD, quali l'impossibilità di rimanere in contatto con il defunto negli ultimi momenti di vita, l'incertezza riguardo le condizioni della persona cara prima del decesso e l'adozione nei confronti di quest'ultimo di pratiche mediche ritenute invasive" (Carmassi et al., 2023).

l'efficacia di questa strategia può essere parziale: ad esempio durante il recupero e rimaneggiamento degli effetti personali delle vittime, quando (ad esempio, foto) emerge la loro storia di vita e le loro peculiari caratteristiche e si può esserne emotivamente scossi.” (Pietrantonì e Prati, 2009, p. 134).

La strategia del distanziamento emotivo utilizzata a lungo andare può diventare disadattiva “in quanto come strategia di evitamento impedisce lo sfogo e la rielaborazione di quanto è stato represso” (*ibidem*). Distanziamento emotivo, dunque, come difesa. Parkes ricorda come anche il “distacco clinico” possa diventare una difesa, e diverse persone potranno avere un coinvolgimento diverso, a seconda del “grado dell’angoscia” e “la fiducia nella capacità di misurarcisi”: la fiducia si ottiene attraverso la sintonizzazione, esposizioni ripetute, “scopriamo gradatamente che cosa siamo in grado di fare per alleviare il dolore, e quanto parte di esso sia inevitabile e insormontabile” (Parkes, 1980, p. 10).

La difesa rischia di diventare anche negazione successiva del malessere: “Tra i meccanismi di difesa che si attivano in situazioni fortemente impattanti, ricordiamo la negazione del malessere, riconducibile qualche volta ad appartenenze culturali (adesione a stereotipi culturali di genere; Fenoglio, 2010), soprattutto in alcune generazioni e culture, come per esempio quella alpina. Ci vuole molto coraggio per accettare di essere fallibili e permeabili alla fragilità umana, soprattutto per chi è da sempre stato abituato e educato a mostrare grande coraggio, forza e tempra indistruttibile.” (Giacomozzi et al., 2017). Questo può essere esteso a proposito del dolore nelle persone che a vario titolo intervengono nelle emergenze, soccorritori, Forze dell’Ordine e Vigili del fuoco, gli stessi sanitari.

La cura di chi cura

Alcune considerazioni di Worden (2008) a proposito del counseling nel lutto possono essere estese a chi interviene in situazioni di emergenza: la consapevolezza della *vicinanza di lutto*, che può aprire risonanze e da cui bisogna eventualmente proteggersi, come pure le prossimità delle perdite, perdite che si temono pur senza esserne consapevoli (genitori, figli, *partner*, familiari; Worden, 2008, p. 252, cita Saunders & Valente, 1994); la propria ansia esistenziale e la consapevolezza della propria morte (Worden, 2008, p. 253). Sono situazioni in cui si viene a contatto con l’inevitabilità della morte, soprattutto nei casi in cui vi siano risonanze e sensibilità per prossimità dell’evento o delle vittime (per età, stato sociale, appartenenze, professione); tutte situazioni che richiedono una formazione specifica; la consapevolezza delle perdite subite in passato, come possono

interferire in positivo e in negativo, anche dando la possibilità di avere una conoscenza diretta delle risorse presenti sul territorio (Worden, 2008, p. 253).

Momenti di *defusing* e il *debriefing* come ulteriore momento indispensabile di elaborazione/rielaborazione collettiva diventano anche elementi di prevenzione. Essere tenuti, tenere assieme. Accompagnati da eventuali momenti di supervisione individuale. Perri ricordava anche l'importanza di momenti di *debriefing* e di momenti di supervisione (assieme a tutor o mentori) per il personale sanitario coinvolto in contesti emergenziali, attraverso attività di tipo residenziale e/o sul campo, formazioni che permettano l'analisi dei casi e *role playing*, ma anche l'organizzazione di incontri di *debriefing* sui casi per elaborare la propria esperienza (Perri, 2009/2010, p. 17, cita Purves e Edwards, 2005); di interrogarsi sulle possibili abilità e strategie per sostenere i familiari al momento della morte del loro caro (Perri, 2009/2010, pp. 17-18); suggeriva inoltre per gli operatori dell'emergenza extra ospedaliera una formazione specifica su temi quali la morte, il dolore, il lutto, la comunicazione di cattive notizie, come affrontare il disagio proprio e dei parenti quando mostrano forti emozioni (Perri, 2009/2010, p. 18; si veda anche l'intervento di Andrea Ventura, medico direttore dell'Unità operativa Trentino Emergenza dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari alla formazione presso il XVI Campo Scuola degli Psicologi dell'Emergenza Urgenza, 27, 28, 29 settembre 2024, Marco di Rovereto (TN).

Per quanto riguarda la *formazione* e la *comunicazione*, Perri auspicava che vi fosse un'attenzione particolare agli aspetti comunicativi dopo il decesso e il vedere la salma, come pure ai vissuti emotivi dei familiari e degli operatori, attraverso la possibilità di rielaborare le esperienze lavorative anche tra i colleghi, una richiesta formulata all'epoca dagli stessi operatori (Perri, 2009/2010, p. 19). Molta formazione è stata fatta su temi come la comunicazione delle cattive notizie (*bad news*); chi comunica le cattive notizie, in che modo e quando; come sul lutto, sulle persone scomparse, ecc.

Rispetto al *viewing*, gli aspetti oggi importanti da considerare sono: quale il contesto, quale il setting adeguato per vedere il defunto, chi può essere a disposizione per un supporto, come dare informazioni ai familiari durante gli interventi di soccorso, che possono andare dalla ricerca e recupero del corpo nei casi di incidenti in montagna, alle situazioni di rianimazione presso il domicilio (Perri ricordava ricadute importanti sui familiari nei casi di lungo tentativo vano di rianimazione, ma anche sugli stessi sanitari); in caso di decesso, quali strumenti utilizzare per

gestire gli aspetti operativi, che vanno dalle persone da avvisare e come (*breaking bad news*), a come gestire gli effetti personali di proprietà della persona defunta (Merlevede et al., 2004)⁸⁴; come pianificare le azioni successive, il momento di monitoraggio (*follow up*), avvisando di questo i familiari prima di chiudere l'intervento (richiedere eventuali recapiti telefonici e il consenso, richiederlo anche nel momento del *follow up* per assicurarsi che siano d'accordo di essere contattati e che si sentano di rispondere quando contattati).

A proposito del monitoraggio nel momento successivo, è sufficiente una telefonata o potrebbe essere necessaria una visita domiciliare? Eventualmente gestita da chi (una persona identificata come possibile *case manager*)? Quali sono i supporti specialistici disponibili e necessari? Quale il supporto da garantire allo staff coinvolto nell'assistenza ai familiari (per gli operatori per rielaborare gli eventi più stressanti)? (vedi anche Perri, 2009/2010, p. 18). “Lo stress dei soccorritori può portare sul lungo periodo a fenomeni di *burn-out* (esaurimento di energie e motivazioni, malessere, criticismo, alta conflittualità, malessere fisico, psichico, sociale), con alto rischio di abbandono e il possibile insorgere di atteggiamenti rivendicatori, aggressività, anche passiva o scissa. L'importanza della formazione come prevenzione di stress individuale e collettivo conseguenti a situazioni di forte impatto emotivo” (Giacomozzi et al., 2017, pp. 16-34, citano Castelletti, 2006).

Educazione, formazione, tutoraggio, mentoring, supervisione. La varietà dei contesti di morte rende difficile fornire un'educazione onnicomprensiva sul *post mortem*; momenti di tutoraggio e formazione continua sono indispensabili (Perri, 2009/2010).

Molti passi avanti sono stati fatti nella consapevolezza del ruolo fondamentale della formazione, si pensi al proliferare di momenti formativi sulla morte, sul lutto, a interventi di protezione dal *burnout* e ricambio, agli importanti incontri formativi sul suicidio; alla creazione di corsi *ad hoc* dedicati alla *Death Education*, come ricordato da Testoni (2021), all'importanza assunta dalle cure palliative, al peso dato a processi di umanizzazione di *care e cura*.

⁸⁴ Si vedano i racconti relativi agli interventi in Marmolada e l'intervento del Lgt. C.S. Giuseppe Gaspari e del Lgt. Cristian Zanier (Arma dei Carabinieri) “L'emergenza Marmolada: una modalità innovativa di collaborazione tra le Forze dell'Ordine e gli psicologi dell'emergenza urgenza” al XVI Campo Scuola degli Psicologi dell'Emergenza Urgenza, 27, 28, 29 settembre 2024, Marco di Rovereto (TN).

Per soccorrere i soccorritori, per chi interviene, per chi lavora al contatto con la morte, la formazione non può essere vista solo come un dovere da assolvere (la discussa pratica degli ECM/obblighi formativi), ma anche nutrimento, esperienziale e ricreativo, come possibilità effettiva di crescita. Che non siano esperienze preformate calate dall'alto, ma valutate sul campo su misura a seconda delle necessità (*tailored*). Fondamentale dunque investire risorse adeguate: consapevoli del rischio che i bisogni delle istituzioni siano più importanti dei bisogni dei familiari in lutto, è fondamentale per il benessere delle stesse organizzazioni assicurarsi che vi siano risorse adeguate sia in termini di tempo che di risorse umane, anche in prevenzione di esaurimento psico-fisico delle persone che intervengono in tutti i settori (infermieri, psicologi, soccorritori, ma anche operatori del servizio funebre...), per evitare che il sovraccarico determini ulteriore sofferenza, frustrazione, rabbia, fatiche tra colleghi e tra le diverse figure professionali coinvolte. Prevedere i tempi di recupero dopo gli interventi. Supervisione ecc. Personale preparato, competenze culturali, in programmi di formazione continua sul fine vita (Perri, 2009/2010).

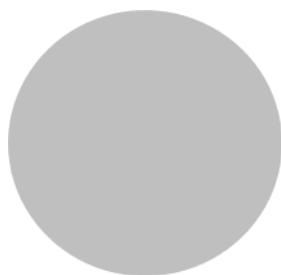
Nei percorsi di formazione specifica il racconto di esperienze e vissuti di chi è intervenuto in situazioni complesse e/o traumatiche permettono di rappresentare alcuni degli scenari possibili e avvicinare esperienze che operatori e soccorritori si troveranno ad affrontare, consolidando esperienze, 'saper fare' e condivisioni (Giacomozzi et al., 2017, citano Ripley, 2009). Operare in situazioni di emergenza non note, imprevedibili, presentano nuove sfide e difficoltà, "[...] la rappresentazione degli scenari possibili può aiutare gli operatori di formazione preminentemente tecnica a prefigurarsi alcune situazioni, aprendo per esempio alla possibilità di incontri con l'Altro contraddistinti da ascolto ed empatia, anche laddove l'altro sia diverso per cultura e appartenenze etniche (Modenesi, 2008)." (Giacomozzi et al., 2017). Formazione e supervisione delle persone operative e di quelle che possono intervenire permettono di introiettare *modus operandi* e *cogitandi* validi nel momento dell'intervento (Fenoglio, 2008). Lo stesso dicasi per tutta la rete di soccorritori, psicologi inclusi (Giacomozzi et al., 2017).

Riflettere sulle strategie da adottare in situazioni ad alto livello di stress, permette di evitare negli operatori ulteriori difficoltà (Worden, 2008, p. 258). "Un'adeguata supervisione, momenti di intervizione, una costante auto-osservazione, riflessioni di autoconsapevolezza: cosa significa intervenire e agire in situazioni di alta criticità dove emozioni molto intense richiedono una pronta capacità di riflessione e auto-osservazione e velocità di intervento, per agire in modo efficace senza iper-reagire" (Giacomozzi et al., 2017).

Ancora alcune parole sulla necessaria tutela del benessere psichico delle persone coinvolte nell'intervento, soccorritori, psicologi ecc. La cura di sé nell'intervento di emergenza richiede una forte autoconsapevolezza, un'attenta osservazione di sé, la capacità di autoriflessione, di riconoscere le proprie emozioni, la disponibilità a riflettere sulle proprie emozioni e sui propri vissuti per affrontare in un momento successivo le reazioni all'intervento; oltre alla generosità dell'offrire aiuto è importante la grande disponibilità a chiedere e ricevere aiuto sia a/da colleghe/i che a/da supervisori per comprendere e affrontare le reazioni all'intervento; il rispetto non patologizzante per il dolore altrui, anche dei soccorritori con cui ci si trova ad intervenire. Fondamentale in questo una capacità di relazione, di ascolto e di comunicazione (PFA, 2010); importanti i momenti di confronto, sentirsi parte della rete dei soccorritori e del gruppo di appartenenza (nel caso *Psicologi per i Popoli*), sia nel momento dell'intervento (telefonate con *tutor* o altre/i colleghe/i (accompagnamento durante l'intervento che permette una prospettiva esterna), sia nei momenti immediatamente successivi.

Il diario di bordo, il report come elementi fondamentali anche di oggettivazione, distanziamento, rielaborazione di quanto accaduto. (Eventualmente un diario personale con i propri vissuti). La possibilità di ascolto delle sensibilità individuali, concernenti aree di *spiritualità*, o diversamente nutritive (poesia, bellezza), come anche la possibilità di ricevere manifestazioni di profonda *gratitudine*, che permettono di andare oltre manifestazioni di ostilità anch'essi presenti negli interventi; il rispettare sensibilità individuali diverse, anche di chi dimostri una assoluta contrarietà rispetto all'essere supportati in questi momenti che può vivere l'intervento, talvolta anche l'empatia, come intrusione.

È possibile pensare che alcuni interventi in emergenza possano essere se non un vero "ancoraggio psichico", almeno un salvagente per le persone coinvolte. L'importanza di aiutare il sentimento di sicurezza interiore (che vanno a innestarsi nelle esperienze di attaccamento), sia per chi viene soccorso, sia per chi interviene, nei rapporti di appartenenza (relazionale, rete sociale, professionale) (Anaut, 2015, p. 77), che possono riconoscere, reggere e proteggere.



Conclusioni

Nei contesti emergenziali l'intervento dei soccorritori può permettere un collegamento tra i familiari delle vittime e la comunità, rinsaldare legami e sostenere/essere sostenuti, soprattutto quando la morte irrompe improvvisa: sostenere i familiari delle vittime, anche nel momento del saluto al corpo del defunto, nei momenti in cui sono possibili situazioni di tensione tra istituzioni e familiari, ma anche tra familiari stessi, che possono esprimere necessità diverse (corpi che parlano anche dopo la morte a ognuno secondo un diverso linguaggio). Importante la sensibilità alle necessità della famiglia, non necessariamente seguire le opinioni, la cultura e i valori di chi interviene, di chi soccorre; assecondare il linguaggio e il modo di rivolgersi al defunto utilizzato dai familiari o dalle persone care (Chapple e Ziebland, 2010); alcuni autori indicano di suggerire con cautela azioni possibili ('alcune persone in una situazione analoga hanno sentito importante...', Worden, 2008; Chapple Ziebland, 2010).⁸⁵

Nelle situazioni di maggior rischio (morte improvvisa, accidentale) è possibile pensare e predisporre interventi che attraverso presenze qualificate possono garantire misure protettive e tutrici della resilienza. Non esistono concezioni univoche su cosa sia il corpo, come anche la malattia, la morte e il corpo morto, cosa rappresenti per chi resta, per chi soccorre. Quale il significato dell'approcciare la salma, se vedere il corpo possa aiutare chi resta ad accettare la realtà della morte, se avviene con consapevolezza, soprattutto nel momento della scelta. I racconti raccolti dagli studiosi riportano le reazioni possibili, emozioni, sentimenti. Dalla disperazione, esplosione di cordoglio, confusione, all'incredulità, all'apparente disinteresse di alcune persone che non chiedono i dettagli e in parte si difendono dall'accaduto, negandolo. Dai racconti riguardo l'aver visto il corpo emergeva il significato attribuito all'esperienza di vedere il corpo, la possibilità di esprimere il dolore, la disperazione, ed essere sostenuti in questo, la possibilità offerta dall'esperienza di parlare del defunto, di raccontare i lati positivi e l'impatto avuto sulla loro vita, oppure per convalidare il proprio ruolo ad esempio come genitori (Harrington e Sprowl, 2011, p. 72).

Questo collega aspetti sociali/comunitari del *viewing* come del funerale, alla possibilità di riconoscere e rinarrare il defunto come processo di lutto (Walter, 1966) che permette di ritrovarne il ruolo sociale, e reinserirlo nella comunità.

⁸⁵ Roach racconta del fermarsi suo e del fratello e stare assieme alla madre facendo le parole crociate: "L'addetto ci informò che avevamo un'ora da trascorrere con lei (...) Un'ora? Che ci fai per un'ora con una persona morta?" (Roach, 2005, p. VII).

Ci sono situazioni in cui l'assenza *del corpo e dei corpi* nelle emergenze quotidiane, come nelle tragedie delle catastrofi maggiori, delle migrazioni e delle guerre, porta chi resta all'impossibilità di elaborare il lutto e procedere nell'esistenza; sono eventi che lacerano le comunità tutte, non solo quelle di appartenenza delle vittime o dei luoghi da dove le persone sono partite, ma anche quelle di chi le perdite le infligge o delle comunità dove avrebbero dovuto essere accolte.

L'accompagnamento al riconoscimento della salma è un momento con aspetti delicati; chi interviene può stare accanto ai familiari stretti con tatto e sensibilità; i parenti stretti vanno preparati con cautela attraverso una descrizione fisica del luogo in cui troveranno il proprio caro e soprattutto delle condizioni della salma, così che possano prendere loro una decisione riguardo al vedere o non vedere il corpo, come e quando eventualmente sarà possibile vedere il corpo qualora questo sia molto danneggiato, quali alternative potranno esserci (ad esempio, vedere una parte del corpo).

In queste pagine si è cercato di raccogliere spunti di riflessione sulle modalità migliori per garantire un accesso al *viewing* presenti in letteratura, un accesso pensato, consapevole, accompagnato, che tenga in considerazione la domanda e le esigenze di tutti gli attori coinvolti, nello sforzo di preziosa mediazione che chi interviene si trova a portare avanti. La responsabilità etica di consigliare o sconsigliare il *viewing* attiene anche alla sfera dei ruoli di potere (Harrington e Sprowl, 2011, p. 79): passare la comunicazione che permetta a chi si trova in una situazione di grande fragilità di valutare e scegliere ciò che probabilmente sarà la decisione migliore, e validare la scelta una volta compiuta. Soprattutto nei casi di morte improvvisa e inaspettata, perché la sofferenza possa essere gestita è importante garantire un sostegno psicologico di emergenza, un 'ausiliario dell'Io', 'un tutore della resilienza' (Cyrulnik, 2005). L'azione di chi opera e interviene si auspica sia sempre quella di aiuto a passare il guado, un ponte, un passaggio, che aiuti il procedere soprattutto di chi resta, in modo non determinato solo dal contenere costi e spese sanitarie (la medicalizzazione o l'assenza della stessa come scelta).

Nei casi legati al *viewing* l'intervento aiuta i familiari, se è possibile a vedere e stare al cospetto della salma, in uno spazio adeguato, o a trovare modalità alternative rispettose del dolore e della dignità del corpo, vuoi per appurare la realtà della morte e procedere nel lutto superando i primi momenti di negazione, vuoi per stare accanto al corpo morto nel suo ultimo passaggio.

Nelle situazioni di corpi altamente danneggiati o compromessi, la comunicazione graduale, ripetuta, e il suggerimento di alternative permettono un ultimo saluto garantendo la protezione di chi resta (Harrington e Sprowl, 2011; Chapple e Ziebland, 2010; Mowl et al., 2016).⁸⁶

L'esperienza dell'accompagnamento a vedere la salma di una persona cara o al riconoscimento ha permesso di problematizzare l'esperienza per chi interviene con riflessioni al di là della soggettività del vedere o non vedere un corpo: l'importanza di avere un corpo riconosciuto, di rituali degni e condivisi, di avere delle linee guida, pur flessibili, e 'dispositivi' di tutela a livello personale, associativo (appartenenze), collettivo; perché ci possano essere esiti più positivi del lutto, al di là di facili concettualizzazioni di 'trauma', anche in situazioni potenzialmente traumatiche: l'importanza di interventi psico-sociali, dove una comunità permette di riportare ordine nel caos, sia in contesti maxi emergenziali, di vario tipo, che in situazioni di emergenze quotidiane; le diverse variabili da tenere in considerazione.

Se nel 2005 Coppo aveva posto delle riflessioni importanti a proposito della standardizzazione di categorie diagnostiche utilizzate per la depressione che operavano in stretta interazione con dei farmaci predisposti alla cura, a distanza di un ventennio la necessità di codici identificabili e riconoscibili dalle assicurazioni viene addirittura sottolineata nella presentazione del DSM-5-TR a proposito della categoria diagnostica del *Prolonged Grief Disorder*. Lo spazio dato in questo articolo alla tassonomia e alle definizioni anche diagnostiche del DSM-5-TR include le critiche mosse da più parti (Cacciatore e Frances, Luglio 2022; Horowitz e Wakefield, 2015) da chi solleva preoccupazioni riguardo alla patologizzazione della tristezza (dei sentimenti, Coppo, 2005), e del lutto, consapevoli di quanto le trasformazioni sociali, culturali, epocali che stiamo vivendo nel nostro contesto storico e l'accelerazione continua possano cambiare il paradigma, il nostro modo di percepire e vedere, e pongano grandi sfide e nuove possibilità (e potenti inquietudini: la diffusione di diagnosi di depressione, panico, ansia, fatica cronica si tratta di malattie in diffusione epidemica, o piuttosto dell'epidemia di determinate diagnosi e prescrizioni?).

In questo cambiamento paradigmatico, di nuovi linguaggi da trovare di cui appropriarsi, al di là di facili entusiasmi (telesoccorso e telepsicologia, online/offlife; si vedano le riflessioni di Lingiardi, 2024, pp. 247ss. Al, ecc.), s'impone sempre di più un ritorno a contemplarne anche gli aspetti simbolici.

⁸⁶ Si veda l'intervento di Giovanna Endrizzi, Allegato 3.

Da diverse parti è stato sottolineato come la *medicalizzazione* della morte e la *professionalizzazione dell'industria funeraria* nel mondo occidentale rischiano di 'sequestrare' il corpo in contesti in cui sono venuti meno strutture familiari allargate e per gli stessi familiari la competenza sull'agire (Mowll, et al. 2022, p. 1; Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona, 2020; Vovelle, 1996, p. 619). I familiari incontrano la morte solo in spazi accuratamente gestiti (Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona, 2020). Un 'sequestro' particolare del corpo (anche di quelli vivi), è stato reale e forse inevitabile durante la pandemia: la solitudine assoluta.

La carrellata sulle trasformazioni nelle diverse epoche storiche si è limitata all'Occidente. Se in alcune epoche del passato, soprattutto dopo la separazione del corpo del morto da quello dei vivi, il corpo doveva essere visto prima di essere sepolto, anche per il terrore che avvenisse una sepoltura quando ancora in vita (molti i film e romanzi al riguardo, o i racconti di E. A. Poe),⁸⁷ in alcune realtà la necessità di vegliare il corpo per i tre giorni (quattro e mezzo?) consecutivi al decesso sembra collegato al permettere che i corpi sottili si separino dal corpo (Rinopche, 1994, pp. 277ss.; Thurman, 1998). La madre pre-occupata che la figlia possa ancora aggirarsi confusa per la morte subitanea (Chapple e Ziebland, 2010). La paura dei corpi non del tutto morti e anime non pacificate ritorna nella cultura di massa, colui che ritorna, apparentemente esorcizzato dal numero di racconti e serie televisive sugli zombie (e in una dimensione simbolica diversa, sui vampiri), ritorno dal passato, come ricorda Testoni a proposito di Lilith nella mitologia ebraica o degli Ekimmu o Utukke babilonesi: "[...] spettri dei morti che tormentavano i vivi succhiandone la linfa vitale per poter sopravvivere sulla terra, non potendo trapassare", perché non avevano ricevuto degna sepoltura, o perché vittime di morte violenta (Testoni, 2020, p. 124; sulla figura terribile di Lilith, accanto ad Adamo prima di Eva, divinità femminile estromessa dalla storia, così come l'energia istintuale femminile, si veda Valcarenghi, 2008).⁸⁸

⁸⁷ Come ricorda Roach, lo stetoscopio fu inventato alla metà del XIX secolo e nei casi di battito cardiaco lieve (annegamenti, colpi apoplettici, talvolta avvelenamento) era difficile riconoscere il battito cardiaco, quando ancora non esisteva la possibilità di appurare l'attività cerebrale (il cervello sopravvive dai sei ai dieci minuti dopo la cessazione dell'attività cardiaca. Roach, 2005, p. 132-33).

⁸⁸ Sugli spiriti nel buddhismo indiano e tibetano si veda anche Thurman, 1998, p. 16: "Decisi di tentare di realizzare una versione [del Bardo Thodol] che fosse semplice e pratica, di facile lettura per i familiari del defunto, e di facile ascolto per le anime perdute che si aggirano ansiosamente nella stanza in prossimità dei propri corpi chiedendosi che cosa sia loro successo".

“Erano le quattro del mattino. La sua vita si è arrestata senza lotta, ansia o dolore, nel suo trapasso ci sono stati solo pace e l'amore assoluto di noi che le siamo stati accanto. È morta nel mio grembo, circondata dalla sua famiglia, dai pensieri degli assenti e dagli spiriti dei suoi antenati che sono accorsi in suo aiuto. È morta con la stessa grazia perfetta che ebbe in tutti i gesti della sua esistenza.” (Allende, I., 1997, p. 321)

Diversa la presenza di corpi e salme nell'immaginario onirico. M. L. von Franz e C. G. Jung nel corso dei loro studi si sono occupati a fondo del tema della morte, soprattutto dal punto di vista dell'immaginario onirico, simbolico e mitico in un accesso al linguaggio dell'inconscio, nelle esperienze di avvicinamento alla morte, per malattia o altri accadimenti. Alcune immagini oniriche mostrano il defunto a distanza, che saluta o cerca di interloquire con il familiare, o continuano le attività quotidiane a cui erano dediti in vita senza preoccuparsi del resto, inconsapevoli oppure una consapevolezza incerta nel sognatore; talvolta la distanza è segnata da altre porte, stanze, passaggi (il lastrone di roccia che separa Iznami in decomposizione dallo sposo Iranagi, Carotenuto, 1997, p. 62). Altre salme si alzano dalla lettiga, i familiari si occupano di aspetti legati alla ritualità e al *mourning*: prendersi cura del corpo morto come in vita, portare acqua, latte, lavare, corpi non del tutto morti, non sepolti; in altre situazioni questi escono dalla tomba, sembrano richiamare il sognatore.

Diversi i riferimenti onirici anche in situazioni di passaggio, dove il sognatore si confronta con il proprio corpo vedendosi morto dall'alto, assistendo al proprio funerale, oppure in cerimonie funebri dove si è sia persona che assiste che il defunto, ecc.: “La simbolica della morte (e dunque dell'Ombra come morte) è sterminata”, come osserva Trevi (1986/2009), spesso “esempi di simbolica delle situazioni-limite, vale a dire di come noi operiamo con la profondità dell'immagine nei confronti di esse” (Trevi, 2009, pp. 136-137). Nel *mondo onirico* aspetti non pacificati, o persone non pacificate a seguito di morte improvvisa sembrano vagare senza sapere cos'è successo loro, talvolta anche in situazioni di decessi dopo malattia di cui il malato era stato tenuto all'oscuro, quasi necessitassero di una spiegazione, avendo una conoscenza parziale o nulla dell'accaduto.

Quanto un modo profondamente garbato di vivere il lutto, come, ad esempio, nella realtà del Giappone (film *Departures*, 2008)⁸⁹

⁸⁹ Sulla rappresentazione della morte e del lutto, sulla presenza vicinanza dei morti in alcune culture, si veda anche *Viaggio in Giappone*, film di Elise Girard, 2022. (Sui mondi paralleli anche l'animazione di Miyazaki, *La città incantata*, 2001; il mondo degli anime e dei manga...).

sia preferibile per alcuni, finzione che allontana l'ombra concreta della morte per altri? (Quanto democratico può essere il morire? Il prendersi cura dei morti?).

Sensibilità (e culture) diverse necessitano di altre riflessioni per quanto riguarda gli interventi di tanato-cosmesi. Alcune persone raccontavano che avrebbero preferito vedere il corpo esattamente com'era *senza la preparazione cosmetica* tipica delle imprese funebri (Harrington e Sprowl, 2011, p. 75), soprattutto quando i copri non erano stati preparati secondo il sentire dei familiari (di nuovo nell'ambito della soggettività) (si veda tra i molti esempi l'esperienza raccontata da McEwan, 2023, pp. 342ss., o da Kingsolver, 2022); altre ricerche sottolineano l'importanza di trattamenti rispettosi dell'aspetto della persona in vita (Chapple e Ziebland, 2010), oppure di un aspetto pacificato, simile alla morte, che permette di avvicinarsi al corpo senza disgusto (il rituale dell'ultimo sguardo, *last glance*, secondo Testoni, Zielo, Schiavo & Iacona, 2020; di diverso avviso White, Marin, & Fessler, 2017).

Ricordava Parkes (1980): “Una malattia penosa o una morte che abbia determinato una mutilazione della salma lascia dietro di sé memorie parimenti penose. D'altra parte una morte pacifica ed un aspetto *post mortem* di riposo o di serenità venivano rammentati con gratitudine” (Parkes, 1980, p. 63). Altri autori ritengono che la presenza dei segni della morte renda più facile la consapevolezza della realtà della stessa.

La cura del benessere di chi interviene è fondamentale e passa attraverso aspetti che variano a seconda di temperamento e personalità introversione vs estroversione, cultura, ecc. Forse si può aiutare a pensare ad eventuali rituali, preghiere, meditazioni, oltre che per gli altri anche per se stessi; per alcuni possono essere invece vissuti come inutili o banalmente consolatori. L'importanza della creatività per trasformare le esperienze (l'uso della scrittura, pittura, danza, musica, ecc.). Il tempo giusto di recupero dedicato a sé e alle attività che mantengono una qualità della vita conforme, che nutrono, che permettono di essere in contatto con gli altri, quindi momenti conviviali (se necessari); l'attenzione alla salute del corpo, del proprio ritmo di sonno e veglia, di un'alimentazione adeguata... La cura della bellezza nel nostro ambiente interno ed esterno, la consapevolezza delle ombre che fanno capolino o dilagano, la creatività e attività manuali, il contatto con la terra, la natura e gli animali, il bricolage, la costruzione manuale di oggetti o progetti, l'attività sportiva.

Coltivare leggerezza e umorismo, bellezza e gentilezza. Ridere.⁹⁰ Danzare. Passeggiare, correre. Cantare. Coltivare relazioni umane e appartenenze.

Nelle buone prassi dopo gli interventi (nella fase di smobilitazione per le maxi emergenze) ci sono anche i momenti preziosi della riflessione (Pietrantonio e Prati, 2009, p. 132) della scrittura dei report, ma anche di scritture più private, che possono accogliere emozioni/echi/risonanze suscitate dall'intervento, a decantare quanto affrontato.

Ci sono situazioni che possono gettare un'ombra su tutte le persone e le organizzazioni coinvolte. Anche in questo essere consapevoli può aiutare ad attraversare la tragicità di alcuni momenti, assieme a delle azioni pensate che possono prevenire fenomeni più disgreganti di malessere e contagio. La creazione di benessere necessita di adeguate appartenenze, riconoscimenti, fidelizzazioni, tempi di recupero e momenti ludici; in sofferenza emergono le difficoltà a gestire il lavoro, a rispettare i turni, insofferenze e convinzioni di non essere considerati in modo adeguato, di sforzarsi senza essere riconosciuti, che gli altri non facciano abbastanza. Di essere soli. In questo si potrebbe dire c'è già sofferenza e rivendicazione.

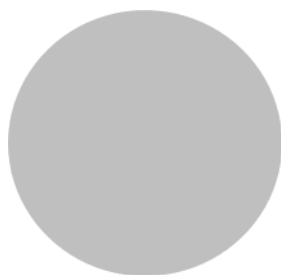
Strategie per cercare il benessere possono essere messe in campo, che contemplino anche la possibilità di momenti di recupero, riconoscimento (non necessariamente economico) e nutrimento (formazione, educazione, corsi di lavoro corporeo, momenti esperienziali, laboratori teatrali che siano per i singoli o per l'organizzazione, ad esempio il Teatro dell'Oppresso, danza o arte terapia, corsi di meditazione,⁹¹ discipline artistiche, ecc., assieme a momenti di formazione fuori sede, e ludici, come passeggiate o altri eventi sociali, corsi di canto, ballo, attività artistiche, sportive, ecc. La lista potrebbe essere infinita, articolata a seconda dei periodi e degli interessi delle persone).

⁹⁰ L'umorismo permette di associare due contesti non collegati, può produrre "un'incongruità trasgressiva che origina il divertimento e facilita la reinterpretazione della situazione", la risata ha effetti fisiologici di scarica della tensione, permette di creare un clima amichevole, in situazioni non pubbliche, senza che interferisca con l'intervento, manchi di rispetto, diventi eccessivo, o la strategia più importante (Pietrantonio e Prati, 2009, p. 134). Si veda il saggio sull'umorismo di Pirandello (1908).

⁹¹ Si veda Goleman, D. e Davidson, R. J. (2017). *La meditazione come cura. Una nuova scienza per guarire corpo, mente, cervello*, Milano, Rizzoli, e Siegel, R.D., (2012). *Qui e ora*, Trento, Erickson, 2012 (Trad.it. di Lo Iacono, G.).

Infine contesti in rapido mutamento richiedono nuove ricerche e approfondimenti; ricerche sulle persone a lutto comportano difficoltà, per la delicatezza degli argomenti da studiare, per la vulnerabilità delle persone intervistate, per le variabili di relazione con il defunto, per differenti tipi di esperienze di vedere il corpo, le condizioni dello stesso...

Un approccio multidisciplinare al tema in questione, in un'ottica non difensiva ma dialogante, può permettere un confronto tra tutte le figure professionali coinvolte, nel rispetto di competenze specifiche, sia nell'ambito della ricerca, nell'intreccio tra i vari saperi filosofici, antropologici, storici, psicologici, medici, ecc., che su un piano più operativo che vede il coinvolgimento di professioni sanitarie e socio-sanitarie, dai medici agli infermieri, dagli psicologi agli operatori socio-sanitari, ma anche di antropologi, mediatori culturali, *counselors*, assistenti sociali, personale dei servizi funebri, Forze dell'Ordine, soccorritori e appartenenti a tutta la rete di Protezione Civile, a seconda delle situazioni, ecc. Talvolta la difesa di un territorio impedisce nuove esplorazioni, mescolanze che possono superare iper-settorializzazioni e iper-specializzazioni.



Allegato 1 – La concretezza della morte: i segni sul corpo

“Eppure, l'immagine della morte come un annullamento della coscienza non è una scoperta scientifica, è una nozione concettuale [...] una quantità considerevole di indizi dà corpo alla probabilità che la coscienza sopravviva alla morte e che essa continui in una futura vita senziente. La famosa ‘scommessa’ di Pascal è ancora convincente [...]: se dopo la morte diventiamo nulla, non staremo lì a rimpiangere di aver fatto inutili preparativi; viceversa, se dopo la morte noi saremo qualcosa e non ci siamo preparati affatto, o ci siamo preparati male, allora proveremo per lungo tempo un doloroso e amaro rimpianto. [...] Non ci sono limiti alla nostra interrelazione con gli infiniti universi e le infinite dimensioni. E non ci sono limiti al nostro progredire, nel bene e nel male.” (Thurman, 1998, p. 47, p. 51, p. 53).

Il corpo morto può suscitare reazioni molto intense, l'esigenza di avere una rappresentazione di alcune delle numerose sembianze che un corpo morto può avere deriva dalla necessità di essere pronti anche all'inaspettato in una sorta di protezione e accogliere/superare eventuali repulsioni e paure: ‘I nostri morti sono più che cadaveri, prendono il posto di quel che erano in vita. Sono come un punto focale, un ricettacolo di emozioni rimasto senza oggetto. I morti della scienza sono sempre degli estranei’ (Roach, 2005, p. VII). Roach, sottolinea come sia indispensabile il distanziamento emotivo dai corpi smembrati, tenere riferimenti diversi da persone che erano (Roach, 2005, p. 87).⁹² Ricorda che nel passato gli studenti di anatomia clinica in sala settoria venivano istruiti a diventare insensibili, come ‘meccanismo di protezione’ (Roach, 2005, p. 36).

Le occasioni di vedere il corpo morto appartengono meno alla vita del mondo occidentale contemporaneo.⁹³ L'occasione di

⁹² Agli inizi del 1900 il dottor MacDougall, inizia sperimenti per verificare il peso delle persone nel momento della morte, per verificare modifiche rispetto alla vita, verificando che al momento dell'ultimo respiro in tutti i casi considerati ci fossero 21 grammi di differenza, arrivano a ipotizzare quello fosse il peso dell'anima, non avendo riscontrato altre cause oggettive che giustificassero quella perdita (Alcazar, Ramirez e Santiago, 2023); anche in Roach, 2005, pp. 135ss.

⁹³ Nel passato la contemplazione della morte poteva portare forme di meditazione per i vivi. Il Sutra buddhista *Le nove contemplazioni del cimitero*, portava monaci alla meditazione sui corpi nei diversi stadi di decomposizione, dal corpo in putrefazione allo scheletro, meditazione fino alla serenità contemplando la precarietà dell'esistenza umana “superando repulsione e paura” (citato da Roach, 2005, p. 46).

vedere una salma, fare un riconoscimento, non è così frequente e molto spesso la morte viene vista quando già la salma è stata ricomposta, vestita, 'truccata', preparata.

Nel caso di decesso senza assistenza medica, la denuncia della presunta causa di morte è effettuata dal medico necroscopo, nominata da ciascuna Azienda Sanitaria Locale (ASL)' (DPR 285/1990, Regolamento di polizia mortuaria; legge 83/1961, Norme per il riscontro diagnostico sui cadaveri, Ruco e Scarpa, 2007, p. 17); se le cause del decesso non permettono di risalire alla diagnosi della causa di morte si ricorre all'autopsia (*ibidem*). Nei casi di morte naturale, l'autopsia è un riscontro diagnostico necroscopico, previsto anche per persone decedute a domicilio con sospetto di malattia infettiva o diffusiva, o nei casi in cui le cause di morte sono dubbie (Ruco e Scarpa, 2007, p. 17). Nei casi invece di morte violenta o sospetta (involontaria o volontaria) "il medico mette il cadavere a disposizione dell'autorità giudiziaria" che se necessario richiede l'autopsia giudiziaria, normalmente effettuata dal medico legale dopo alcune ore di osservazione (Ruco e Scarpa, 2007, p. 18).

Nonostante il numero di autopsie sia limitato (anche per questioni di costi), 'oltre l'80% dei familiari di soggetti sottoposti a esame autoptico ha in seguito dichiarato di sentirsi rassicurato circa le circostanze di morte del proprio congiunto e di essere cosciente del potenziale contributo dell'autopsia al progresso del sapere medico. Inoltre, la maggior parte delle famiglie intervistate considerava l'autopsia come un completamento dell'assistenza medica prestata in vita' (Ruco e Scarpa, 2007, p. 17). Un'accettazione 'serena' dipende anche 'dall'atteggiamento del medico curante [...] nel facilitare la comprensione e l'accettazione serena da parte dei familiari dei motivi che lo inducono a richiedere l'esame autoptico e delle ricadute positive di quest'ultimo ai fini dello studio e della prevenzione delle malattie. La capacità di comprensione e di condivisione del dolore altrui è una dote necessaria a chi affronta la professione medica ed è indispensabile nella gestione della morte del malato' (*ibidem*).

Rispetto dunque alla concretezza della morte e a cosa aspettarsi, tra i 'segni positivi' di morte si classificano a seconda della causa del decesso (malattia o lesione) per il meccanismo (causa fisiologica che porta al decesso, ad esempio per emorragia) o per il tipo di morte (per cause naturali, accidentali, omicidio, indeterminate o senza classificazione). Anche fenomeni ambientali possono provocare il decesso (caldo o freddo estremi, folgorazione, catastrofi improvvise, con morte per asfissia, per annegamento, ecc.); oppure per cause intenzionali (suicidio).

La forma in cui si presenta il corpo può determinare diversi interventi di tanatoprassi che aiutano a conservarlo per preservarlo ai familiari. ‘Para el tanatopractor lo verdaderamente importante no es saber cómo se ha producido la muerte por saber la causa, sino conocer la forma de la muerte porque esta influirá nuestro trabajo a la hora de proceder a la presentación del cadáver y conservación transitoria o embalsamamiento.’ (Alcazar, Ramirez e Santiago, 2023). Subito dopo la morte di una persona il corpo attraversa una serie di alterazioni, note come ‘fenomeni cadaverici’ (abiotici), che permettono di determinare il tempo e le cause del decesso: la conoscenza permette le operazioni per preservare o preparare il corpo; inoltre conoscere le trasformazioni in cui il corpo va incontro permette di affrontare aspetti della morte altrimenti ignoti e che possono provocare paura (Alcazar, Ramirez e Santiago, 2023), e disgusto (Testoni et al., 2020, citano Rozin).

I fenomeni trasformativi determinano profonde trasformazioni dell’aspetto e della struttura del cadavere (segni positivi) e si suddividono in: ordinari, rappresentati da processi che portano alla distruzione autolitica e putrefattiva della materia organica e alla decomposizione del cadavere; speciali, consistenti in processi legati a condizioni ambientali particolari, le quali provocano una decomposizione anomala del cadavere, talora temporanea, altre volte definitiva.

Tra i fenomeni abiotici consecutivi troviamo il *rigor mortis*, il *livor mortis*, l’*algor mortis*, la disidratazione, l’acidificazione, la perdita di eccitabilità.

Tra le trasformazioni in un corpo morto di recente (fenomeni cadaverici) si può ritrovare una disidratazione, evidente nei bulbi oculari, nelle aree con epidermide sottile, come ali del naso, scroto, labbra; raffreddamento graduale fino alla temperatura ambientale, lividità per l’accumulo di sangue nei tessuti, rigidità per contrazione e indurimento delle parti del corpo. In un cadavere meno recente la colorazione presenta una macchia verdastria nella fossa iliaca destra; gonfiore ed edema enfisematoso per l’accumulo del gas digestivo; il processo di liquefazione trasforma il gas in liquido, per l’azione di batteri che distruggono le cellule; la riduzione scheletrica (parti molli diventano fluide, lasciando resti di unghie, denti, ossa, capelli).

Rigor mortis (rigidità e indurimento muscolare, con blocco articolare).

È causato dalla coagulazione delle proteine muscolari e dalla mancanza di ATP (adenosina trifosfato), l’energia necessaria per il rilassamento muscolare (Centorrino, Microbiologia Italia). Il *rigor mortis* di solito inizia nelle 2-6 ore successive al decesso e raggiunge il suo picco entro 12-24 ore (di solito inizia

dalla testa e dal collo, viene meno dalle 10 alle 48 ore dopo la morte (Roach, 2005, p. 38), secondo lo stesso ordine cranio caudale della comparsa (Ruco L. e Scarpa A., 2007). Al momento della morte avviene una contrazione muscolare improvvisa che può dare alcuni fenomeni particolari: suono di morte, eiaculazione, spasmo suicida (rigidità muscolare immediata, spasmo cadaverico, apporto di energia per la consapevolezza della morte imminente, a differenza di altre morti accidentali inaspettate) (Alcazar, Ramirez e Santiago, 2023). Lo spasmo cadaverico è un caso particolare di rigidità dovuta alle circostanze di morte violenta, contrazione violenta e intensa dei muscoli, immediatamente dopo la morte, senza rilassamento successivo (che presenta difficoltà a preparare il corpo), può essere localizzato o generalizzato (morte in seguito a convulsioni, lesioni per incendio, lesioni al sistema nervoso centrale, ecc.) (*ibidem*).

Algor mortis (algore o raffreddamento corporeo)

Il corpo perde circa un grado ogni ora, il raffreddamento del cadavere avviene a seconda della temperatura dell'ambiente.

Livor mortis (decolorazione della salma, macchie rosse che poi diventano bluastre, scure), lividi cadaverici e *hipostasis*

I lividi cadaverici, noti anche come macchie di *livor mortis*, si sviluppano subito dopo la morte a causa della cessazione della circolazione sanguigna; questo porta al rilascio di emoglobina che si accumula nei punti più bassi del corpo (regioni declivi del corpo), creando macchie di colore viola scuro o rosso-blu, che diventano ben evidenti dopo 3-4 ore dal decesso; a causa della forza di gravità porta a infiltrazioni dell'emoglobina nelle parti del corpo non soggette a pressione (Alcazar, Ramirez e Santiago, 2023; Ruco e Scarpa, 2007).

Il fenomeno putrefattivo è evidenziato dalla comparsa di macchie verdastre sulla cute a causa della decomposizione della materia organica (germi anaerobi presenti nel lume intestinale che iniziano a riprodursi anche nei vasi addominali e si spingono verso la superficie del corpo) quando i tessuti hanno esaurito l'ossigeno (la colorazione verdastra dipende dalla reazione dell'acido solfidrico con il ferro dell'emoglobina e formazione di cloruro di ferro); la fermentazione putrida dei tessuti provoca la produzione di gas (ammoniaca, idrogeno solforato) e sostanze (amine) (Ruco e Scarpa, 2007, p. 23).

La decomposizione è un processo naturale che coinvolge il deterioramento del corpo dopo la morte. Inizia con l'autolisi, una rottura delle cellule causata dagli enzimi presenti nel corpo stesso (fuoriuscita di liquido dalle cellule, desquamazione e successivamente distacco di lembi Roach, 2005, p. 42).

In seguito entrano in gioco batteri, funghi e insetti (fauna cadaverica) che contribuiscono alla decomposizione dei tessuti organici secondo tappe diverse, permettendo così di risalire alla data del decesso (entomologia forense: indici entomologici dopo i primi tre giorni); avviene per stadi diversi secondo luoghi, condizioni ambientali, materiali in cui si trovano.⁹⁴

In un secondo momento inizia il gonfiore (della durata di circa una settimana), e infine diventano più evidenti gli effetti della putrefazione vera e propria, con tracollo dei tessuti (prima quelli più molli) e progressiva liquefazione per l'azione dei batteri in essi presenti (Roach, 2005, p. 45; si veda anche Alcazar, Ramirez e Santiago, 2023, *passim*).

Il processo di putrefazione dipende da diversi fattori, tra cui condizioni ambientali, del corpo, del terreno, ecc. (Il terreno in cui il corpo si decompone si arricchisce del processo di decomposizione). Si ricorda che gli interventi di tanatoprassi, a differenza dell'imbalsamazione, bloccano il processo di putrefazione solo per un tempo limitato, necessario a celebrare le esequie.

Tra i fenomeni cadaverici speciali troviamo *la macerazione, la saponificazione, la corificazione, la mummificazione*.

Macerazione

I tessuti si riempiono di acqua e la cute diventa raggrinzita molle e biancastra; il processo continua con il rigonfiarsi e lo sfaldarsi della cute.

Corificazione

Processo naturale per cui la putrefazione viene interrotta o impedita per la mancanza dei batteri aerobici, in situazioni di corpi chiusi in sepolture ermetiche, senza possibilità di ossigeno; la cute sembra cuoio e il colore tende al giallastro, morbida ed elastica.

Saponificazione

È un processo chimico che porta alla trasformazione del grasso corporeo in una specie di sapone insolubile, solido, di colore giallastro (adipocera); avviene dopo circa 6 settimane dal decesso, nel caso che il corpo sia stato in acqua o ambienti molto umidi e freddi.

⁹⁴ Ricordando lo studio dell'Università Tennessee per vedere i parametri del processo di decomposizione, Roach si soffermava sull'odore che in alcune situazioni restava addosso 'mi sarò lavato le mani e la faccia almeno venti volte la prima volta che sono venuto via di qui' confessa l'addetto stampa del Centro (Roach, 2005, pp. 39-40).

La morte per annegamento presenta inoltre un corpo gonfio; la putrefazione viene ritardata finché immerso in acqua, poi procede molto velocemente; possono esservi depositi sul corpo, lesioni provocate dalla corrente, macerazione, o il fenomeno della saponificazione.⁹⁵

I processi cadaverici di conservazione si verificano quando le condizioni ambientali non permettono la decomposizione del corpo. A esempio, la *mummificazione*: avviene in condizioni particolari, come l'esposizione a un ambiente secco e caldo; il corpo può subire una mummificazione parziale o completa. La mummificazione si verifica quando l'acqua all'interno del corpo evapora rapidamente, causando la disidratazione dei tessuti; questo annulla l'azione batterica e rallenta il processo di decomposizione e può portare alla preservazione parziale o completa del corpo nel tempo (Roach, 2005, pp. 49ss.). Il colorito è brunoastro, la pelle aderente alle ossa, simile al cuoio. Può verificarsi anche in casi di traumi con forti emorragie e ustioni (Alcazar, Ramirez, & Santiago, 2023).

Nei casi di morte per *asfissia*, una delle cause più comuni è il *soffocamento*: la chiusura delle vie respiratorie modifica la pelle che diventa di tonalità bluastro; il tentativo di respirare può causare la rottura dei capillari (petecchie). In caso di schiacciamento (sotto i detriti) i corpi presentano una tonalità nerastra.

Diversi casi (*radiazioni, elettrocuzione*, cioè scarica elettrica a seguito di contatto con una parte di impianto in tensione, esplosivo, ma anche lesioni gravi) non rendono possibile preparare il corpo per presentarlo alla famiglia (Alcazar, Ramirez, & Santiago, 2023). Vi sono numerose differenze tra i corpi di persone uccise da elettrocuzione (o folgorazione), esplosivi o radiazioni. Nel caso di corpi dove la morte è avvenuta per folgorazione, cioè per il passaggio di corrente elettrica nel corpo umano, le lesioni non sono generalmente molto traumatiche da vedere, diversamente da quelle per esplosioni che possono rendere i corpi irriconoscibili (Alcazar, Ramirez, & Santiago, 2023). Queste sono situazioni con protocolli specifici perché il luogo deve essere dichiarato sicuro prima che i professionisti possano avvicinarsi e raccogliere i corpi; se si tratta di contaminazione radioattiva, ogni azione (manipolazione, trasferimento, sepoltura o incenerimento) richiede autorizzazioni delle autorità competenti (Alcazar, Ramirez, & Santiago, 2023).

⁹⁵ <https://www.medicinapertutti.it/argomento/saponificazione/>

Nei casi di morte per incendio le alterazioni del cadavere possono essere terribili; per gli effetti del calore o per l'azione del fuoco l'unica azione possibile per le attività di tanatoprassi sarà di tipo conservativa per motivi legali o sanitari, nemmeno questo possibile se il processo di putrefazione è già ad uno stadio troppo avanzato, dal momento che il caldo può accelerare anche il processo di putrefazione, non sarà possibile preparare il corpo: 'non sarà opportuno presentare il corpo ai familiari' (Alcazar, Ramirez, & Santiago, 2023).

Morte per *congelamento*: nel caso in cui la causa della morte sia il freddo, il corpo potrà essere trattato e presentato ai familiari, poiché in genere non si verificano grandi alterazioni; il volto è solitamente rilassato, avviene una sorta di semi-conservazione che altera il processo di putrefazione (Alcazar, Ramirez, & Santiago, 2023), diversamente per corpi investiti da valanghe, per l'effetto dell'impatto e urti nel trascinamento.

La morte per *impiccamento* prevede morte per asfissia per la compressione sul collo di un laccio e il peso del corpo, può essere di tipo accidentale, suicidario o omicidario; se la morte della persona non è istantanea dà luogo a convulsioni asfittiche terminali: 'Tra i segni esterni, il più caratteristico dell'impiccamento è il solco cutaneo, dovuto alla compressione del laccio sul collo, che persiste nel cadavere anche dopo la rimozione del laccio stesso. Il solco è molle quando la compressione è esercitata da un laccio soffice e largo (cinto dell'accappatoio, asciugamano di spugna) e l'impronta che ne consegue è rosso chiaro-tenuo; è duro, permanganaceo ed escoriato se il laccio ha una superficie scabra e consistente'.⁹⁶

Altri segni esterni sono la disposizione di macchie ipostatiche sui piedi e sulle mani per effetto della forza di gravità; sono spesso associate a petecchie cutanee (per rottura della parete dei capillari) se la salma rimane sospesa per un tempo utile per la formazione delle ipostasi. Intensa cianosi del viso. Emorragie sottocongiuntivali. Protrusione della lingua. Spermatorea con inturgidimento del pene (*ibidem*).

La preparazione della salma per la veglia funebre in questo caso sembra non presentare grandi difficoltà: una volta ridotta la congestione del volto (drenaggio) permette trattamenti ricostruttivi e cosmetici (Alcazar, Ramirez, & Santiago, 2023).

⁹⁶ <https://www.medicinapertutti.it/argomento/impiccamento/> (2024, 16 dicembre)

Immersione: morte per asfissia (annegamento); se il corpo rimane in un liquido (macerazione) lo rende di difficile manipolazione; il grado di decomposizione varia a seconda del tempo che è stato immerso, così come la possibilità di preparare il corpo per una presentazione dignitosa ai familiari. In caso di annegamento raccomandano che si proceda velocemente a preparare il corpo per una conservazione transitoria o imbalsamazione. Un corpo rinvenuto dopo annegamento presenta caratteristiche particolari: corpo gonfio, putrefazione ritardata finché immerso in acqua, poi molto veloce; possono esservi depositi sul corpo, lesioni provocate dalla corrente, macerazione, o il fenomeno della saponificazione.⁹⁷

Incidenti terrestri, marittimi e aerei: i corpi possono presentare diversi tipi di lesioni, da lievi a estremamente gravi. Il personale deputato stesso deve fare una valutazione delle condizioni per capire come procedere per avere un corpo in condizioni adeguate per poter essere presentato alla famiglia (Alcazar, Ramirez, & Santiago, 2023).

Intossicazione, avvelenamento (monossido di carbonio, arsenico), ecc.: la rigidità (*rigor mortis*) si instaura precocemente e permane. Nei casi di avvelenamento per monossido di carbonio la cute rimane rosso ciliegia.

Mutilazione: il corpo può presentare mutilazioni di diverso tipo, causate da atti criminali, incidenti, morsi di animali, calamità naturali o atti terroristici; le diverse parti devono essere ordinate e identificate. Il riconoscimento in questi casi può essere di difficile attuazione e richiedere esami del DNA o altri segni di riconoscimento. Viene raccomandato di proteggere i familiari nel caso di corpi mutilati.

In questo freddo glossario aggiungiamo la tecnica della *plastinazione* (o conservati tramite polimeri): procedimento sviluppato da Günther von Hagens, anatomista tedesco: tecnica con cui ad un corpo, dopo essere lavato, viene gradualmente tolta l'acqua dal corpo e dagli organi interni attraverso l'utilizzo di acetone, sostituita in seguito con un polimero di silicone liquido, che porterà il corpo a mantenere inalterate le sembianze nel tempo (vedi anche Roach, 2005).]

⁹⁷ <https://www.medicinapertutti.it/argomento/saponificazione/> (2025, 25 gennaio)

‘La morte è e resta un enigma insondabile, ma dalle esperienze psicologiche di coloro che l’hanno intravista e, per certi aspetti, riconosciuta, ci proviene una debole luce: il mistero, con il carico di dolore e di dubbio che reca alla coscienza, si accosta a noi attraverso le immagini dell’inconscio e, restando pur sempre un ignotum, ci interpella e ci istruisce’ (Carotenuto, 1997, p. 78).

*‘Non so come sarà l’esistenza dopo la morte. Che cosa accade alla coscienza? Non lo so, e questa è naturalmente una domanda impellente. Il problema della consapevolezza ha a che fare con la divinità; per questo tantissimi miti narrano che dopo la morte la scintilla dell’anima – la luce della coscienza – se ne vola via verso il sole. Che nell’uomo nasca la coscienza è proprio ciò che sta a cuore alla divinità. Così è anche pensabile e possibile che, dopo la morte, questa coscienza ritorni in una coscienza universale. Ma è un grande mistero. A ogni modo mi pare certo che il processo del divenire coscienti segua ancora dopo la morte.’ (Jung, ‘La vita dopo la morte’, 15 febbraio 1958, in Aniela Jaffè, *In dialogo con Carl Gustav Jung*, Torino, Boringhieri, 2023, pp. 169-195).*

Allegati 2 - Schede Operative A. B. C. D.

A. Linee guida

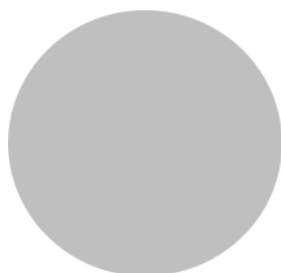
Harrington e Sprowl presentano delle linee guida per facilitare il vedere il corpo secondo la letteratura esistente (Harrington e Sprowl, 2011, p. 68):

- Preparazione della salma prima che i familiari vedano il corpo, o possibilità di vederlo nuovamente una volta ricomposta.
- In caso di rifiuto da parte dei familiari di vedere il corpo, capire con delicatezza i motivi della scelta, ma accettarla e convalidarla.
- Garantire che la possibilità di vedere il corpo non abbia limiti di tempo e che sia possibile di vedere il corpo anche in momenti successivi.
- Possibilità di toccare il corpo del defunto se è permesso e se i familiari lo desiderano.
- Per quanto riguarda la preparazione: gli studi non concordano sulla presenza o meno dei dispositivi usati, alcuni raccomandano che l'attrezzatura sia rimossa e che il defunto venga spostato in un altro spazio (una stanza appositamente predisposta? Angolo caffè, acqua, fazzoletti).
- Ferite importanti devono essere coperte ed eventuali versamenti nella stanza devono essere puliti prima di permettere di vedere il corpo (l'importanza data a questo sembra variare) (probabilmente dipende dai diversi contesti, percezione igiene/pulizia/setting?).
- Esistono opinioni contrastanti nel raccomandare di vedere il corpo in caso di ampie lesioni corporali (Tabella di Harrington e Sprowl, 2011, p. 68).

B. Altre indicazioni

Alla Tabella delle indicazioni precedenti si possono aggiungere alcune indicazioni di Merlevede et al. (2004):

- Assicurarsi che le informazioni siano state date, se la salma viene lasciata in casa che fosse collocata nel luogo concordato, altrimenti spiegare quanto è necessario (procedure, ecc.).
- L'importanza del *follow up* (chi dove come); ricordare la necessità di avere un supporto, soprattutto nei primi due mesi, anche dopo il momento di crisi immediata, quando i familiari e la cerchia sociale rischia di allentare la presenza; il ruolo del Medico di famiglia (verificare aumento degli accessi, e le ricadute che il



lutto, soprattutto nei casi di morte inaspettata, può avere sulla *salute*; si vedano gli studi sulle vedove, Parkes, 1980).

- Merlevede et al. (2004) sottolineavano l'importanza di una *presa in carico di tipo psicosociale a seguito di morte improvvisa e inaspettata* (i primi attori gli operatori del reparto di emergenza).
- *Rispettare la scelta di vedere o non vedere la salma*, come anche se lasciare o meno la salma a casa, quando possibile, dove, perché, e in quest'ultimo caso che i familiari non siano lasciati soli, che abbiano il contatto di un operatore sanitario.
- Entro una settimana dal decesso *inviare un biglietto di condoglianze con un'informativa rispetto lo staff da poter contattare e materiale di tipo psico-educativo sul lutto*.
- Nel caso di familiari che non erano presenti raccomandano un intervento di *follow up attivo* verso i familiari nel caso di morte inaspettata e improvvisa (Merlevede et al., 2004, p. 348).

C. Scheda delle reazioni possibili

Risposte di tipo fisiologico e somatico, emotivo, cognitivo.

A livello emotivo il lutto può presentare emozioni e stati d'animo come rabbia, paura, disperazione, tristezza, spesso il senso di colpa e un senso di inutilità.

Tra le reazioni fisiologiche e somatiche vi possono essere ricadute sull'appetito e sul sonno, palpitazioni, senso di fatica e perdita di energia, problemi fisici, anche simili a quelli del defunto; importanti disturbi fisici e malattie (cardiovascolari) sono frequenti subito dopo la perdita del partner (reazioni endocrinologiche e immunologiche), soprattutto se la perdita è inaspettata e improvvisa. Al lutto possono accompagnarsi reazioni ansiose, rabbia ostilità, senso di isolamento, ottundimento e shock, sensi di colpa, autorimproveri, sentimenti depressivi, profonde tristezze, disperazione, paura, orrore, terrore.

Le reazioni cognitive inoltre possono andare dall'incertezza, a confusione, senso di irrealtà, negazione, sentire il defunto presente, pensieri di morte e suicidari, difficoltà di memoria e concentrazione, perdita di identità, identificazione con il deceduto, pensieri sul defunto e ruminazione intrusiva, fino a momenti allucinatori; il desiderio di ritrovare la persona deceduta; rivivere immaginativo del defunto, sentirlo sempre accanto (anche nei sogni e nei segni).

Le *reazioni comportamentali* come non riuscire a dormire e a mangiare, comportamento disorganizzato, difficoltà nelle azioni quotidiane, ritiro sociale, evitamenti di luoghi e oggetti che ricordano il defunto, cercare e chiamare la persona cara, sospiri, iperattività, pianto; visitare luoghi, portare o conservare oggetti che ricordano il defunto (Worden, 2008; Pietrantoni e Prati, 2009).

Tra le *risposte intrapersonali* riportate in alcuni studi è stato sottolineato il sentirsi insensibili, distaccati, increduli, sopraffatti, confusi; sensazione di panico, stato di shock, pianto, grida, risate, senso di colpa, rabbia, orrore, disgusto, rimpianti.

Altre *risposte specifiche di vedere o meno il corpo*: voler vedere e stare con il corpo, toccarlo, parlare, svolgere i rituali, sentirsi sollevati e calmi, desiderio di scappare; sensazione di vuoto; reazioni modificate dal significato attribuito all'esperienza di vedere il corpo anche come *possibilità di raccontare i lati positivi del defunto*, l'impatto sulla loro vita, per *convalidare il proprio ruolo* (ad esempio come genitori, Harrington & Sprowl, 2011, p. 72).

Le *reazioni nei casi di suicidio* portano con sé reazioni specifiche. Nei casi di suicidio, chi resta si trova a gestire oltre ai sentimenti di perdita, anche paura, vergogna, rabbia, sensi di colpa, con numerosi interrogativi sul ruolo avuto nell'evento e la ricerca di spiegazioni (Worden, 2008, pp. 179-180). Lo stigma sociale contribuisce a determinare vissuti, emozioni e sentimenti: prevale il sentimento di vergogna, che talvolta modifica le relazioni all'interno dello stesso nucleo familiare (Worden, 2008, p. 180); il senso di colpa può accompagnarsi alla sensazione di dover essere puniti per quanto accaduto, con atteggiamenti auto punitivi (utilizzo di sostanze, atti violenti, comportamenti autodistruttivi, comportamenti antisociali nei più giovani). Il senso di colpa si può tradurre nel cercare un colpevole, proiettando eventuali responsabilità della morte su altre persone, per dare un significato ad un evento altrimenti ingestibile e riprendere così il controllo della situazione (Worden, 2008, p. 181). Reazioni di rabbia, bassa autostima e timore verso i propri impulsi autodistruttivi, un senso di fatalità riguardo il futuro.



Reazioni di imbarazzo per dove viene disposto il corpo, per come le persone accorse si muovono negli spazi dei familiari (Merlevede et al., 2004), per come è stata preparata la salma.

D. Infine, per i soccorritori: La cura di chi cura?

Le proposte operative sono quelle delineate in Giacomozzi et al. (2017), con alcuni accorgimenti specifici per il *viewing*:

Prevedere l'intervento di persone formate ad affrontare gli aspetti psicologici di queste situazioni, senza focalizzarsi sulle potenzialità traumatogene degli eventi e sulla pronta risoluzione.

Formazione specifica che permetta di riflettere sul significato di questi tipi di interventi, possibili fatiche e ricadute emotive.

Multidisciplinarietà: prevedere l'esistenza di gruppi multidisciplinari con le diverse figure professionali coinvolte (dai primi soccorritori, forze dell'ordine, servizi sanitari, servizi funerari territoriali, ecc.). Tutti svolgono un lavoro preziosissimo talvolta non condiviso.

Contenimento ed elaborazione: ascoltare, narrare e fare memoria (nel rispetto della privacy).

Momenti di condivisione (debriefing, lavoro individuale o di gruppo, supervisione) a tutte le persone coinvolte che ne facciano richiesta. "Momenti collettivi di gratificazione e riconoscimento del lavoro svolto dai soccorritori, che siano formativi/informativi e ludico-ricreativi. Pensare a momenti di condivisione e racconto dell'esperienza: riflessioni e autoriflessioni, anche come strategia difensiva a tutela della resilienza durante l'evento; raccolta di racconti, scrittura di esperienze vissute e interviste in momenti successivi al rientro dopo l'attivazione, eventualmente anche a distanza di qualche mese dall'evento stesso" (Giacomozzi et al., 2017).

Allegato 3 - Giovanna Endrizzi, volontaria di Psicologi per i Popoli - Trentino ODV. Marmolada

Ci fanno uscire, passare dal gazebo e vedo che armeggiano nell'apertura del rimorchio frigo bianco posteggiato lì accanto. Ora capisco.

Nel rimorchio quattro bare chiuse e due lettini da campeggio con due grandi sacchi. Hanno delle rose bianche appoggiate, delicatamente.

Faccio il segno della croce appena entrata, ho bisogno di un accenno di sacralità.

Il maresciallo si mette i guanti di ordinanza ci fa un cenno, aspetta il nostro assenso e apre la cerniera. Compaiono gli scarponi. È all'incontrario. Via via anche il corpo – integro – e poi il volto. È di un ragazzo. ha tracce di sangue e terra che hanno sporcato anche il sacco.

Con un altro cenno richiude. e svolgiamo lo stesso rito. Compare il volto di un altro ragazzo, più giovane. Guarda dall'altra parte rispetto a noi, in una posizione strana. Sembra congelato. non c'è spazio per poterlo vedere. Sul suo giovane viso colgo una smorfia che sembra quasi di terrore. Anche lui è sporco di terriccio e di sangue. La maglietta alzata, i pantaloncini corti. L'imbrago calato sugli scarponi tecnici.

Appoggiato a terra, un caschetto in un sacchetto di nylon bagnato e sporco. Lo tolgo automaticamente, poi mi rendo conto di non avere i guanti.

Chiediamo al maresciallo come fare perché possano essere resi più dignitosi i corpi. È indispensabile. anche se sono già stati sistemati dalle onoranze funebri, dovranno tornare. Lui ha tutti i numeri e li chiama.

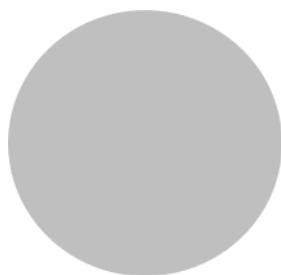
Chiedo anche se sia possibile che i familiari non vedano il sacco in cui sono contenuti. Non so se ci siano degli aspetti legali o riguardanti la conservazione dei corpi. Non ce ne sono.

Vorrei potessero essere visti sotto delle lenzuola che ci procureremo.

Un gesto semplice, per restituire dignità.

Il Maresciallo sposta le bare per fare spazio. almeno un piccolo spazio per potersi avvicinare.

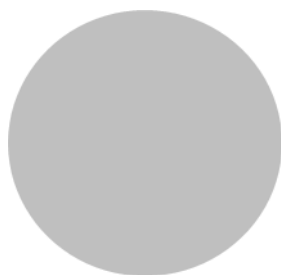
Prima di uscire faccio di nuovo il segno della croce e dico una preghiera mentalmente. Ho bisogno di riti e di spiritualità.



Bibliografia

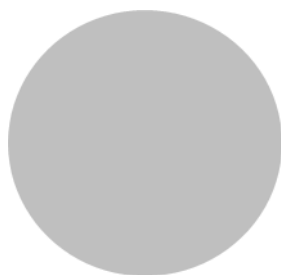
- Alcazar, G., Ramirez N., & Santiago, M.D. (2023). *Procesos y técnicas de conservacion de cadaveres con productos bioacidis*. Antequera: IC Editorial.
- Allende, I. (1982). *La casa degli spiriti*. Milano: Feltrinelli. (Trad. Morino, A., Pilotto Di Castro, S.).
- Allende, I. (1997). *Paula*. Milano: Feltrinelli (Trad. Guadalupi, G.).
- American Psychiatric Association APA (2022). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Quinta edizione, Text Revision (DSM-5-TR). Milano: Raffaello Cortina.
- Anaut M. (2015). *Psychologie de la résilience*. Paris: Armand Colin.
- Ariès, P. (1981, Inverno). Invisible Death. *The Wilson Quaterly*, 5(1), 105-115.
- Ariès, P. (1989). *L'uomo e la morte dal Medioevo a oggi*. Milano: Mondadori. [I ed. 1980] (*L'homme devant la mort*, 1977).
- Ariès, P. (2009). *Storia della morte in Occidente*. Milano: Rizzoli.
- Bonanno, G.A., e Kaltman, S. (2001). The varieties of grief experience. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 705-734.
- Bowlby J. (1982). *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Milano: Edizioni Raffaello Cortina.
- Bowlby, J. (1963, July). Pathological mourning and childhood mourning. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 11(3), 500-41.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Vol 3. London: Hogarth Press. Edizione italiana: Bowlby, J. (1983). *Attaccamento e perdita*. Vol. 3: *La perdita della madre*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bowlby, J. (1982b). *Una base sicura*. Milano: Edizioni Raffaello Cortina.
- Bruni, L. (2024, 2 Novembre). Cristo oltrepassò Eboli e incontrò la gente magica del Sud. *Avvenire.it*. Disponibile in: <https://www.avvenire.it/opinioni/pagine/cristo-oltrepasso-ebolli-e-incontro-la-gente-magica-del-sud>
- Cacciatore, J., & Frances, A. (2022, Luglio). Correspondence. *Lancet Psychiatry*, 9(7), e32. Disponibile in: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2215-0366%2822%2900150-X>

- Caffo, E., Forresi, B., & Scrimin, S., a cura di. (2010). *Primo soccorso psicologico: guida all'operatività sul campo* (PFA).
- Canetti, N.E. (2017). *Il libro contro la morte*. Milano: Adelphi.
- Campione, F. (1990). *Il deserto e la speranza. Psicologia e psicoterapia del lutto*. Roma: Armando editore.
- Carmassi, C., Amatori, G., Cappelli, A., Brosio, E., Chauvel, H., Dell'Osso, L., & Bui E. (2023, Luglio-Agosto). Lutto: dalla reazione fisiologica al disturbo da lutto prolungato. *Rivista di Psichiatria*, 58(4), 154-159.
- Carol, A. (2023). Mass Death and Funerary Transition: The Meudon Railway Disaster (France, 1842). *Death Studies*, 47(6), 644-654.
- Carotenuto, A. (1997). *L'eclissi dello sguardo*. Milano, Bompiani.
- Castelletti, P. (2006). La psicologia dell'assistenza umanitaria. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 0, 24-44.
- Cattaneo, C., Tidball Binz, M., Penados, L., Prieto, J., Finegan, O., & Grandi, M. (2015, Maggio). The forgotten tragedy of unidentified dead in the Mediterranean. *Forensic Science International*, 250, e1-e2.
- Chapple, A., & Ziebland, S. (2010, 30 Aprile). Viewing the body after bereavement due to a traumatic death: qualitative study in the UK. *British Medical Journal*, 340, c2032. Disponibile in: <https://doi.org/10.1136/bmj.c2032>
- Ciai, O. (2005, 31 Ottobre). Che Guevara, il segreto delle mani amputate. *La Repubblica*.
- Coppo, P. (2005). *Le ragioni del dolore. Etnopsichiatria della depressione*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Cummins, J. (2020). *American Dirt*. New York: Flatiron Books.
- Darwin C. (1872). *Expression of the Emotions in Man and Animals*. John Murray, London: Albemarle Street.
- Dazzi, Z. (2023, 26 Settembre). Migranti, Cristina Cattaneo direttrice del Labanof: 'La nostra indifferenza fa male, l'Europa obblighi a identificare i morti in mare'. *La Repubblica*. Disponibile in: https://milano.repubblica.it/cronaca/2024/01/24/news/cinque_giornate_milano_labano_f_cristina_cattaneo-421964710/



- De Luna, G. (2006). *Il corpo del nemico ucciso. Violenza e morte nella guerra contemporanea*. Torino: Einaudi.
- Ekman P. (2008). *Te lo leggo in faccia. Riconoscere le emozioni anche quando sono nascoste*. Bellaria Igea Marina: Amrita.
- Ekman, P. (1973). *Darwin and facial expression: A century of research*. San Diego: Academic Press.
- Faure, N. (2022). Les soignants et les familles confrontés à la mort due à la Covid-19. *L'aide-soignante*, 234, 19-20.
- Fazion, C. (2024, 14 Maggio). Il fentanyl preoccupa anche in Italia? *Fondazione Veronesi Magazine*. Disponibile in: <https://www.fondazioneveronesi.it/magazine/articoli/neuroscienze/il-fentanyl-preoccupa-anche-in-italia>
- Fernandez, I. (2011, Novembre). The lives of corpses: Narratives of the image in American memorial photography. *Mortality*, 16(4), 344-64.
- Fondazione Gimbe (2024, 16 aprile). La tabella Gimbe sulla spesa sanitaria prevista nel Documento di Economia e Finanza (DEF) per il 2024. *il Sole24Ore*. Disponibile in: <https://www.sanita24.ilsole24ore.com/art/dal-governo/2024-04-16/gimbe-def-spesa-sanitaria-calo-2023-e-il-2024-l-aumento-e-illusorio-091017.php?uuid=AFFBmMSB>
- Frazer, J.G. (1922, 1957). *The Golden Bough. A Study in Magic and Religion*. London: MacMillan Press.
- Freud S. (1915, 1917). Lutto e melanconia, Considerazioni attuali sulla guerra e sulla morte, Caducità, in *Opere 8. Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti: 1915-1917*. Torino: Bollati Boringhieri, 1978.
- Freud S. (1925). Angoscia, dolore e lutto, in *Inibizione, sintomo e angoscia. Opere 10. 1924-1929*. Torino: Bollati Boringhieri, 1976.
- Freud, S. (1920). Al di là del principio del principio di piacere, in *Opere 9. L'Io e l'Es e altri scritti: 1917-1923*. Torino: Bollati Boringhieri, 1977.
- Froidevaux, S. (2002, Dicembre). L'humanitaire, le religieux et la mort. *Revue ICR*, 848, 785-798. Disponibile in: https://www.creageo.ch/wp-content/uploads/2017/03/Lhumanitaire-le-religieux-et-la-mort_Revue-ICR2002.pdf

- Gentile, E. (1993). *Il culto del Littorio. La sacralizzazione della politica nell'Italia fascista*. Roma-Bari: Laterza.
- Giacomozzi B., Marsili M., Powell I.T., Riccio G. & Vasselli I. (2017). Nuove frontiere dell'operatività nelle maxi emergenze: l'affiancamento dello psicologo alle squadre tecniche. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 17, 16-34.
- Gibelli, A. (1991/2007). *L'officina della guerra. La Grande Guerra e le trasformazioni del mondo mentale*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Goleman, D., & Davidson, R. J. (2017). *La meditazione come cura. Una nuova scienza per guarire corpo, mente, cervello*. Milano: Rizzoli.
- Gwénaëlle, C. (2011, May-June). L'exposition anatomique: "Our Body" une atteinte à la dignité du cadavre? *Medicine et Droit*, 5, 108, 136-142.
- Harlow, H. F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13(12), 673-685. Disponibile in: <https://doi.org/10.1037/h0047884>
- Harrington, C. & Sprowl, B. (2011). Family members' experiences with viewing in the wake of sudden death. *Omega*, 64(1), 65-82. Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22372369/>
- Harris Green, H. (2024, 25 Settembre). New class of opioids that may be more potent than fentanyl emerges globally. *The Guardian*. Disponibile in: <https://www.theguardian.com/us-news/2024/sep/25/opioid-crisis-nitazenes-fentanyl>
- Haynes, J., & Shearer, A., Eds. (1998). *When a Princess dies*. London: Harvest Books.
- Herman, J.L. (2005). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Roma: Magi.
- Hillman, J., & Shamdasani S., (2014). *Il lamento dei morti. La psicologia dopo il libro rosso di Jung*. Torino: Bollati Boringhieri. (Trad. Pè, F.).
- Hillman, J. (2005). *Un terribile amore per la guerra*. Milano: Adelphi.



- Hintermeyer, P. (2013). Recyclage post mortem du corps humain, in Butnaru, D. & Le Breton, D. (Eds.) (2013). *Corps abimes*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Horowitz A.V., & Wakefield, J.C. (2007). *The loss of sadness: How psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. New York: Oxford University Press. (Trad. it.: *La perdita della tristezza. Come la psichiatria ha trasformato la tristezza in depressione*. Premessa di Maro Maj. Roma: L'Asino d'Oro, 2015).
- IACS (Inter-Agency Standing Committee) (2007). *Guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings*. IASC, Geneva.
- Ielasi, W. (2011). Creatività e fatiche delle pratiche transculturali. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 2, 6-17.
- Jaffè, A. (2021, 2023). *In dialogo con Carl Gustav Jung*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Kalsched, D. (2013). *Il trauma e l'anima*. Bergamo: Moretti e Vitali.
- Kalsched, D. (2014). *Il mondo interiore del trauma*. Bergamo: Moretti e Vitali.
- Kandel, E.R. (2012). *L'età dell'inconscio. Arte, mente, cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Kingsolver, B. (2022). *Demon Copperhead*. New York: Haper Collins.
- Kubler-Ross, E. (1997). *The wheel of life: A memoir of Living and Dying*. Reading: Bentam.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*. London: Routledge.
- Lieberman, A.F., Compton, N.C., Van Horn, P. & Ghosh Ippen, C. (2007). *Il lutto infantile*. Bologna: il Mulino.
- Lindemann, E. (1944). Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Lingiardi, V. (2021). *Arcipelago N. Variazioni sul narcisismo*, Torino: Einaudi.
- Lingiardi, V. (2024). *Corpo, umano*. Torino: Einaudi.
- Lo spettacolo della morte. Breve storia del funerale*. (2010). Milano: Edizioni l'Ornitorinco.

- Lombardo, L., Lai, C., Luciani, M., Morelli, E., Buttinelli, E., Aceto, P., Lai, S., D'Onofrio, M., Galli, F., Bellizzi, F., & Penco, I. (2014). Eventi di perdita e lutto complicato: verso una definizione di disturbo da sofferenza prolungata per il DSM-5. *Rivista di Psichiatria*, 49(3), 106-114. Disponibile in: <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/1551/articoli/16903/>
- Luzzato, S. (1998). *Il corpo del duce*. Torino: Einaudi.
- Maciejewski, P. K., Maercker, A., Boelen, P. A., & Prigerson, H.G. (2016, Settembre). “Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: an analysis of data from the Yale Bereavement Study. *World Psychiatry*, 15(3), 266-275. Disponibile in: <https://doi.org/10.1002/wps.20348>
- Malaguti, E., Cyrulnik, B. (2005). *Costruire la resilienza. La riorganizzazione positiva della vita e la creazione di legami significativi*. Trento: Erickson. (Trad. Sardi, R.).
- Marsili, M. (2020). Covid-19: separazione e lutto. È possibile un “tempo nutriente” dell’attesa? *Rivista di Psicologia dell’Emergenza e dell’Assistenza Umanitaria*, 22, 52-75.
- Mazzarelli, D., Bertoglio, B., Boscacci, M., Caccia, G., Ruffetta, C., De Angelis, D., Fracasso, T., Baraybar J. P., Riccio, S., Marzagalia, M.M., & Cattaneo, C. (2021, Novembre). Ambiguous loss in the current migration crisis: A medico-legal, psychological, and psychiatric perspective. *Forensic Science International: Mind and Law*, 2. Disponibile in: <https://doi.org/10.1016/j.fsimpl.2021.100064>
- McEwan, I. (2023). *Lezioni*. Torino: Einaudi. (Trad. Basso, S.).
- Merlevede, E., Spooren, D., Henderick, H., Portzky, G., Buylaert, W., Jannes, C., Calle, P., Van Staey, M., De Rock, C., Smeesters, L., Michem, N., & van Heeringen, K. (2004). Perceptions, needs and mourning reactions of bereaved relatives confronted with a sudden unexpected death. *Resuscitation* 61, 341-348.
- Mowll, J., Lobb, E. A., & Wearing, M. (2016). The transformative meanings of viewing or not viewing the body after sudden death. *Death Studies*, 40(1), 46-53.

- Mowll, J.B. (2009). Reality and regret: viewing or not viewing the body after a sudden death. *Bereavement Care, BSW*, 26(1), 3-6.
Disponibile in: <https://www.tandfonline.com/loi/rber20>
Disponibile in: <https://doi.org/10.1080/02682620708657676>
- Mowll, J.B. (2017, Giugno). Supporting Family Members to View the Body after a Violent or Sudden Death: A Role for Social Work. *Journal Of Social Work In End-Of-Life & Palliative Care*, 94-112.
- Mowll, J.B., Bindley, K., Lobb, E.A., Sanderson, C., & MacLeod, R.M. (2022, Febbraio). I dressed her up in her best dress: The experiences of the dead body for bereaved relatives in the context of palliative care. *Qualitative Research in Health*, 2, 1-5.
- Mucci, C. (2014). *Trauma e perdono. Una prospettiva psicoanalitica intergenerazionale*. Milano: Edizioni Raffaello Cortina.
- Nathan, T. & Stengers, I. (1996). *Medici e stregoni*. Torino: Bollati Boringhieri. Trad. Salsano, A.
- Nietzsche, F. (1977). *Al di là del bene e del male*. Milano: Adelphi (Trad. Masini F.).
- Niola, M. (2022). *Anime. Il purgatorio a Napoli*. Milano: Meltemi.
- Olausson, J., & Ferrell, B.R. (2013). Care of the Body After Death (ADC). Nurses' perspectives of the Meaning of Post-Death Patient Care. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(6), 647-51.
Disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24305485/>
- Omerov, P., Steineck, G., Nyberg, T., Runeson, B., & Nyberg, U. (2014 Luglio). Viewing the Body after Bereavement Due to Suicide: A Population-Based Survey in Sweden. *Plos One*, 9(7), 1-9.
- Paris, J. (2024). *Miti del trauma. Perché le esperienze negative non ci fanno necessariamente ammalare*. Milano, Raffale Cortina. (Trad. Del Corno, F., Cavedoni, S., & Francia, E.).
- Parkes, C. M. (1980). *Il lutto. Studi sul cordoglio negli adulti*. Milano: Feltrinelli.
- Parkes, C. M. (1995). Guidelines for conducting ethical bereavement research. *Death Studies*, 19, 171-185.
- Parkes, C.M. (1965, Marzo). Bereavement and mental illness. A classification of bereavement reactions. *British Journal of Medical Psychology*, 38(1), 13-36.

- Parkes, C.M., (1988, Ottobre). Bereavement as a Psychosocial Transition: Processes of Adaptation to Change. *Journal of social issues*, 44(3), 53-65.
- Pasciuti, M. (2018, 18 Aprile). Naufragio 18 aprile 2015, le vittime sono 1.000. Il ragazzo con la pagella e gli altri morti che la politica cerca di dimenticare. *Il Fatto Quotidiano*.
- Perri, M. (a.acc.2009/2010). *Vedere il corpo morto dopo una morte traumatica, implicazioni per i familiari: analisi critica di un articolo*. Tesi di Laurea, Università degli Studi di Verona, Facoltà di medicina e chirurgia, Laurea in infermieristica. (Relatore: Brolis, R., correlatore: Serafini, S.).
- Pietrantonio, L., & Prati, G. (2009). *Psicologia dell'emergenza*. Bologna: Il Mulino.
- Pietropolli Charmet, G. e Piotti, A. (2009). *Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza*. Milano: Edizioni Raffaello Cortina.
- Piscitelli, V., Iadicicco, A., De Angelis, D., Porta, D., & Cattaneo, C. (2016, Agosto). Italy's battle to identify dead migrants. *The Lancet*, 4, e512-e513. Disponibile in: [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(16\)30106-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(16)30106-1/fulltext)
- Prigerson, H.G., Kakarala, S., Gang, J., & Maciejewski, P. K. (2021). History and Status of Prolonged Grief Disorder as a Psychiatric Diagnosis. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 109-126.
- Ranzato, L. (2020). La morte in Africa, nei racconti dei cooperanti di Medici con l'Africa Cuamm. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 22, 76-83.
- Recalcati, M. (2022). *La luce delle stelle morte. Saggio su lutto e nostalgia*. Milano: Feltrinelli.
- Recalcati, M. (2023, 1 Ottobre). Chi non ama scomparire. *La Stampa*.
- Rinopche, S. (1994). *Il libro tibetano del vivere e del morire*. Roma: Ubaldini Editore.
- Roach, M. (2005). *Stecchiti: la vita curiosa dei cadaveri*. Torino: Einaudi.
- Romòn, N. (2022). *Possessione spirituale ed anime perse*. Uzalma: Ishtar.



- Ronchini, M. (2025). L'incontro con la salma: alcune considerazioni antropologiche. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, Numero Monografico 1, 5-22.
- Ruco L., & Scarpa, A. (2007). *Anatomia patologica. Le basi* (Vol. 1). Milano: Edra.
- Sbattella, F. (2016). *Persone scomparse: aspetti psicologici dell'attesa e della ricerca*. Milano-Roma: Franco Angeli.
- Schreiber, M. (2022, 11 Maggio). Completely devastating: US passes 1m overdose deaths since records began. *The Guardian*. Disponibile in: <https://www.theguardian.com/us-news/2022/may/11/us-overdose-deaths-total-data>
- Siegel, R.D. (2012). *Qui e ora*. Trento: Erickson (Trad.it. di Lo Iacono, G.).
- Sironi, F. (2001). *Persecutori e vittime: strategie di violenza*. Milano: Feltrinelli.
- Stroebe, M., & Schut, H. (1999). The Dual Process Model of Coping With Bereavement: Rationale and Description. *Death Studies*, 23(3), 197-224.
- Suwalowska, H., Amara, F., Roberts, N., & Kingori, P. (2021, 5 Novembre). Ethical and sociocultural challenges in managing dead bodies during epidemics and natural disasters. *British Medical Journal Glob Health*, 6(11), e006345. Disponibile in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8573672/>
- Tervonen, T. (2022). *Le scavatrici*. Roma: Fandango Libri.
- Testoni, I. (2021). *Il grande libro della morte. Miti e riti dalla preistoria ai cyborg*. Milano: Il Saggiatore.
- Testoni, I., Franco, C., Palazzo, L., Iacona, E., Zamperini, A., & Wieser, M. A. (2020). The endless grief in waiting: A qualitative study of the relationship between ambiguous loss and anticipatory mourning amongst the relatives of missing persons in Italy. *Behavioral Sciences*, 10(7), 110. Disponibile in: <https://doi.org/10.3390/bs10070110>
- Testoni, I., Zielo, A., Schiavo, C., & Iacona, E. (2020). The last glance: How aesthetic observation of corpses facilitates detachment in grief work. *Illness, Crisis & Loss*, 30(3), 336-352. Disponibile in: <https://doi.org/10.1177/1054137320933592>
- Thurman, R. (1998). *Bardo Thodol. Il libro tibetano dei morti*. Vicenza: Neri Pozza Editori.

- Tolstoj, L. (1991). *Il cadavere vivente*. Venezia: Marsilio Editori, (Trad. Leone, S.).
- Valcarenghi, M. (2008). *L'aggressività femminile*. Milano: Bruno Mondadori.
- Vovelle, M. (1986). *La Morte e l'Occidente*. Roma-Bari: Laterza.
- Wakefield, J.C. & Horwitz, A.V., (2009). La medicalizzazione della tristezza: come la psichiatria ha trasformato una semplice emozione in un disturbo mentale. *Salute e Società*, 2009/2, 56-74.
- Wakefield, J.C. (2023, Aprile). Alcune riflessioni sulla nuova diagnosi del DSM-5-TR di Disturbo da lutto prolungato. *Rivista Psicoterapia e Scienze Umane*, 563-584.
- Walter, T. (1994, 2011). *La rinascita della morte*. Torino: UTET Libreria.
- Walter, T. (1996). A new model of grief: Bereavement and biography. *Mortality: Promoting the interdisciplinary study of death and dying*, 1(1), 7-25.
- White C., Marin M., & Fessler, D. T. (2017). Not just dead meat: An evolutionary account of corpse treatment in mortuary rituals. *Journal of Cognition and Culture*, 17(1-2), 146-168.
- White, C., Fessler, D.T., & Gomez, P. S. (2016). The effects of corpse viewing and corpse condition on vigilance for deceased loved ones. *Evolution and Human Behavior*, 37, 517-522.
- Wolf, C. (1984). *Cassandra. Perché volli a tutti i costi i doni della veggenza?* Roma: Edizioni e/o.
- Worden, J.W. (2008). *Grief counseling and grief therapy: A handbook for the mental health practitioner*. New York: Springer Publishing Company.
- Zanetti, N. (2022). Se il bisogno di aiuto è del personale infermieristico. *Rivista di Psicologia dell'Emergenza e dell'Assistenza Umanitaria*, 27, 61-63.

Media, Film e Sitografia

Barbangelo, A. (2020, 14 Gennaio). Cristina Cattaneo, la donna che dà un nome alle vittime del Mediterraneo, sul sito Gariwo, la foresta dei Giusti. Disponibile in: <https://it.gariwo.net/giusti/migrazioni/cristina-cattaneo-21507.html>

- Enciclopedia Treccani online*, Lemma Redenzione. Disponibile in: <https://www.treccani.it/vocabolario/redenzione/redenzione>
- IlSole24Ore.com* (2023, 2 ottobre). In dieci anni arrivati oltre un milione di migranti, 28 mila quelli morti nel Mediterraneo. Disponibile in: <https://www.ilsole24ore.com/art/in-10-anni-arrivati-oltre-milione-migranti-28-mila-quelli-morti-mediterraneo-AFjiZ33>
- Lorenzato, G., & Zarpellon, M. (2024). *Marmolada* 03.07.22.
- McKee T. (2015, ottobre; 2019), *The Geography Of Sorrow: Francis Weller On Navigating Our Losses*, *The Sun*. Disponibile in: <https://www.dailygood.org/story/2223/the-geography-of-sorrow-tim-mckee/>
- Medicina per tutti* (2024, 16 dicembre). Impiccamento, <https://www.medicinapertutti.it/argomento/impiccamento/>
- Medicina per tutti* (2025, 25 gennaio). Saponificazione. <https://www.medicinapertutti.it/argomento/saponificazione/>
- Rai Radio3 - Podcast*, Uomini e Profeti (2017, 30 Aprile), Màdera, R., Lezioni. Carl Gustav Jung. Dopo la morte di Dio. Disponibile in: <https://www.rai.it/dl/portaleRadio/media/ContentItem-c02aa939-4d74-42c9-b45ee321b74f2d38.html>
- Faculti* (2016, 28 Novembre). Eighteen ways to view a dead body. Intervista a Tony Walter, University of Bath. Disponibile in: <https://faculti.net/eighteen-ways-to-view-a-dead-body-tony-walter/>
- Garrone, M. (2023). *Io capitano*. Italia, Belgio.
- Girard, E. (2023). *Viaggio in Giappone* (Sidonie au Japon). Francia, Germania, Giappone, Svizzera.
- Medici Senza Frontiere* (2024, 26 Febbraio). Il naufragio di Cutro un anno dopo la strage: A un anno dalla tragedia, il team di Medici Senza Frontiere ricorda i soccorsi, *Il domani*. Disponibile in: <https://www.medicisenzafrontiere.it/news-e-storie/news/naufragio-cutro-anniversario/>
- Rai Radio3 - Podcast*, Carobolante, F., Corrias, D., Nucci, G., & Passerini, R. (Scritto e realizzato da) (2020, 16-23, Novembre). Labanof. Disponibile in: <https://www.raiplay.sound.it/programmi/labanof>

Sommario

L'incontro con la salma: alcune considerazioni antropologiche	5
Premessa	6
L'attesa	7
Il corpo un oggetto complesso	8
Incontro con la salma	16
Bibliografia	21
Il corpo del defunto: implicazioni collegate al vedere la salma per i familiari ('viewing the body')	23
Introduzione	25
Gli aspetti metodologici	28
Lutto Modelli, passaggi e fasi	31
Kübler Ross (1969)	34
Parkes e Bowlby (teoria biologica o interpersonale)	35
Task Model di Worden	41
Critica alla teoria delle fasi	43
Reazioni emozioni sentimenti	44
'Lutto integrato'	46
Lutto variabile, variabili del lutto	48
Morte improvvisa e/o "traumatica"	49
Trauma tra miti e realtà	52
Proteggersi e rimettersi in cammino	53
Resilienza	56
Strategie di coping: Il modello del processo duale di coping nel lutto, Margaret Stroebe e Henk Schut (1999)	59
Chi era il defunto? Il 'modello sociologico' di Tony Walter	61
Lutto e diagnosi psicopatologiche	66
Breve excursus storico sulla morte e stare al cospetto del corpo	78
Al cospetto della morte. Due narrazioni sull'esperienza della salma: Ian McEwan, Lezioni (2023) e Demon Copperhead (2023) di Barbara Kingsolver.	96
PARTE II	
Riflessioni in margine al vedere o non vedere il corpo	101
La concretezza della morte: la salma	103
Chapple e Ziebland (2010): <i>Viewing the body after bereavement due to a traumatic death qualitative study in the UK</i>	109
Harrington e Sprowl, <i>l'esperienza di vedere il corpo dei familiari di vittime di morte improvvisa</i> (2011)	119
<i>Viewing nel caso di morte improvvisa: Senso di realtà e rimpianto, l'importanza della scelta, il significato trasformativo dell'esperienza</i> (Mowl, 2009 e Mowl et al. 2015)	126

Vedere il corpo a seguito di suicidio: uno studio svedese (Omerov, Steineck, Nyberg, T., Runeson, Nyberg, U., 2014)	142
Vedere il corpo nel contesto delle cure palliative: uno studio qualitativo	145
Testoni, Zielo, Schiavo, & Iacona. (2020) <i>The Last Glance: How Aesthetic Observation of Corpses Facilitates Detachment in Grief Work</i>	146
Il corpo morto degli animali di compagnia, alcune riflessioni (<i>The effects of corpse viewing and corpse condition on vigilance for deceased loved ones</i> , White, Fessler, e Gomez, 2016).	147
White C., Marin M., & Fessler, D. T. (2017). <i>Not just dead meat: An evolutionary account of corpse treatment in mortuary rituals</i>	149
Proteggere i morti, proteggere i vivi: la gestione del corpo del defunto (corpi danneggiati, corpi assenti)	149
La mancanza del corpo: corpi non riconosciuti-vittime disperse	153
Il corpo del nemico la presenza-assenza del corpo (De Luna, 2006)	156
Il corpo assente, il corpo nemico, 'i dispersi invisibili': il racconto di Taina Tervonen (2022)	162
Tra assenza e presenza: i dispersi in mare	165
PARTE III	
Il contesto di intervento e le procedure	172
Competenze e ruolo di chi interviene: Competenze per l'accompagnamento al riconoscimento della salma. Consapevolezza del lutto	185
Conclusioni	199
Allegato 1 – La concretezza della morte: i segni sul corpo	207
Allegati 2 – Schede Operative a. b. c. d.	216
Allegato 3 – Giovanna Endrizzi, volontaria Psicologi per i Popoli - Trentino ODV. Marmolada	220
Bibliografia	221