

Morte buona?..... Buona morte!

Di Giammario Mascolo

Premessa: un problema – più problemi

Il problema dell'eutanasia nasconde in sé diversi aspetti, ciascuno dei quali andrebbe affrontato in profondità per comprendere bene ciò di cui parliamo.

- Prima di tutto esiste un livello legale, entro cui sono soprattutto la società e lo stato a prendere una posizione definitiva.
- C'è un aspetto medico, nel quale è la comunità scientifica prima, e il singolo medico poi, a doversi pronunciare
- Il ruolo psicologico del paziente interessato
- E infine il ruolo psicologico dei familiari e degli amici che sono vicini al paziente stesso.

In ciascuno di questi aspetti c'è un soggetto che deve prendere delle decisioni, durante, o possibilmente prima della situazione critica.

Già, perché uno dei problemi legati all'eutanasia è che si tratta di una “Poltrona scomoda” su cui nessuno vorrebbe mai doversi sedere, e su cui, per fortuna, non tutti sono costretti a farlo. Forse per questo motivo, da decenni si parla di eutanasia, ma si stenta a trovare una soluzione comune.

Cercherò di esaminare tutti gli aspetti che ho citato, dando almeno qualche spunto per una riflessione più profonda.

Prima di tutto, però, è necessario fare un distinguo fondamentale tra Eutanasia Attiva, Eutanasia Passiva e Suicidio Assistito.

Per eutanasia attiva si intende la morte procurata mediante apposito intervento umano, per esempio un'iniezione letale o la somministrazione di gas tossici.

Per eutanasia passiva si intende la morte procurata mediante la sospensione dell'intervento umano, ad esempio il classico “Spegnimento delle macchine” che impedisce al soggetto di mantenere le proprie funzioni vitali.

Per suicidio assistito, infine, intendiamo la morte procurata a sé stessi mediante qualsiasi metodo, alla presenza e con il supporto di un medico.

Le tre tematiche, anche se possono essere incluse nello stesso grande capitolo, aprono la strada a riflessioni profondamente diverse.

Eutanasia e legalità

Diane Pretty ha 42 anni e soffre di una malattia degenerativa a livello del controllo neuronale dei movimenti. Chiede al marito di porre fine alle sue sofferenze e vuole che per questo non sia processato. L'Alta Corte ha bocciato la richiesta, che ora dovrà essere ridiscussa in appello dalla camera dei Lord.

Non ho notizie sull'esito di questa vicenda che veniva così riportata dal British Medical Journal nel 2001, ma è certo che problemi di questo tipo sono stati sollevati in tutto il mondo negli ultimi anni. In Olanda l'eutanasia è legale, mentre nello stato dell'Oregon (USA) è consentito anche il "suicidio assistito dal medico".

Quando il paziente decide di morire, il medico può acconsentire senza per questo essere perseguibile di reato. Nasce però qui già un interrogativo: quanto è in grado di decidere in modo lucido un paziente che vive nella sofferenza? Deciderebbe lo stesso in altre situazioni?

Molto spesso non ci sarebbe bisogno neppure di leggi particolari per consentire l'eutanasia, basterebbe semplicemente interpretare quelle esistenti in modo più aperto.

Anche in Svizzera il problema è stato affrontato, e secondo la legge elvetica non è reato assistere al suicidio di qualcuno, a meno che lo si faccia con fini egoistici, cioè per trarne un profitto. Naturalmente il suicidio deve essere deliberatamente voluto dal soggetto, e devono seguire le normali indagini previste in caso di morte non naturale.

La posizione dei legislatori, insomma, è più che mai varia nei diversi stati, e questo dimostra quanto sia influente su questo tema la tradizione storica e culturale dei popoli.

Eutanasia e scienza

Nella già citata Confederazione Elvetica, è stato condotto uno studio sui medici specializzati in cure palliative, quelle cure, cioè, che si utilizzano nella fase terminale della malattia. E' risultato che, se da un lato il 90% di essi è contrario ad una legge che autorizzi l'eutanasia passiva, ben diversa dal suicidio assistito, dall'altro il 19% degli intervistati ha detto che, qual ora una tale legge venisse promulgata, sarebbe pronto a praticare la morte dolce sui propri pazienti¹.

I medici svizzeri, per altro, hanno dichiarato che un "camice bianco" può assistere al suicidio di una persona, ma non in quanto medico, bensì in quanto cittadino, come previsto appunto dalla legge. Anche in Gran Bretagna i medici risultano divisi sull'argomento, e mentre alcuni reputano legittima la richiesta della signora Pretty citata sopra, altri difendono la tutela della vita a oltranza, affermando che in condizioni simili un paziente è troppo vulnerabile per poter decidere autonomamente cosa fare della propria esistenza.

¹ Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. BMJ 2003 Feb 1;326(7383):271-3, citato in Dica 33.it

Anche in questo caso le influenze storico-culturali sono fortissime; basti pensare che a livello europeo i medici specializzati in cure palliative si sono espressi praticamente al contrario di quelli svizzeri. Bisogna però ricordare che in Svizzera le cure palliative non sono gratuite, e quindi non tutti possono permettersi uno stadio terminale “senza dolore”.

In Italia i medici si sono posti il problema dell’atteggiamento da assumere di fronte ad un paziente inguaribile, fino a redigere nel proprio codice deontologico l’articolo 29, che così afferma: "Il medico non può abbandonare il malato, ritenuto inguaribile, ma deve continuare, anche solo al fine di lenirne la sofferenza fisica e psichica, ad aiutarlo e confortarlo".

Ruolo psicologico del paziente

La parola greca “Tanatos”, letteralmente “Morte”, è stata utilizzata moltissimo in psicologia, fin dagli scritti di Freud e Jung; questo soprattutto perché si è subito notato come nella mente umana sono fondamentali i concetti di “Creatività” e “Distuttività”, che vuol dire anche di nascita e di morte, di amore e odio, di avvicinamento e di allontanamento da qualcosa o da qualcuno. E’ certo che questa accezione della morte, da un punto di vista psicoanalitico, entrerebbe a pieno titolo nel discorso sull’eutanasia. In questa sede, tuttavia, preferisco non addentrarmi in una tematica che di troppe pagine necessiterebbe per essere sviscerata. Affronteremo perciò il discorso da un punto di vista più “sistemico”, cioè guardando alla persona come parte di un sistema, nel quale il suo stato di “paziente” assume un ruolo determinante, senza cui il sistema stesso non sarebbe uguale.

Quando parlo di sistema, intendo la famiglia, gli amici, il contesto sociale, ma anche l’equipe medica. A tutti questi livelli la decisione di por fine alla vita ha un significato e porta delle conseguenze.

Immaginiamo una famiglia che da anni vive ormai disunita, magari con un matrimonio fallito e figli adulti che si avviano alla propria realizzazione sociale e personale. Sembra che ciascuno dei membri viva la propria vita, senza dipendere dagli altri in alcun modo.

Eppure, se uno di loro si trovasse nello stadio terminale di una malattia, oppure avesse un grave incidente, improvvisamente tutti sarebbero catapultati nella difficile situazione di dover scegliere cosa fare della sua vita... La famiglia, quindi, dovrebbe improvvisamente ritrovare una propria unità, affinché ci si possa sostenere a vicenda in una scelta come questa.

Si tratta naturalmente di un esempio estremo, ma mi interessava dimostrare come qualsiasi sistema viene inevitabilmente condizionato da situazioni di questo tipo.

Per quanto riguarda il rapporto con l’equipe medica, diversi studi hanno evidenziato che l’isolamento del paziente è direttamente legato alla gravità del suo stato di salute. Man mano che egli si aggrava, fino a giungere al coma, tende sempre più a diventare un numero, una serie di grafici su dei monitor, l’“occupante di un letto”, e sempre meno un essere umano. Al suo stato di salute già grave, si aggiunge l’isolamento relazionale, tal volta anche nei confronti dei familiari, del cui calore egli avrebbe invece forte bisogno. Potremmo avvicinare questa situazione a quella di un bambino: nell’età neonatale noi abbiamo un altissimo bisogno di calore umano, e una bassissima capacità di procurarcelo da soli. Questo è esattamente ciò che avviene durante il coma.

Basti pensare a tutti i casi che sono migliorati allorché veniva associata alle cure mediche una vicinanza umana, l’ascolto di musiche che il paziente amava, la voce di una persona cara e così via.

E' chiaro che la perdita apparente dello stato di coscienza, tipica del coma, non corrisponde automaticamente alla perdita del contatto con la realtà, e questo va tenuto presente. Non è sufficiente dunque un'assistenza medica, per quanto specializzata essa sia, è sempre bene pensare anche ad un'assistenza umana.

Il problema di cosa decidere della propria vita, inoltre, è legato alla libertà di azione che ogni essere umano dovrebbe avere. Ora, in situazioni estreme come il coma o una sofferenza prolungata, è spesso difficile mantenere la lucidità necessaria ad una decisione così delicata. Per questo motivo, per quanto possibile, ciascuno di noi dovrebbe esprimere il proprio parere in tema di eutanasia, proprio come avviene per la donazione degli organi e riportarla su un documento specifico; la volontà così espressa, potrebbe in questo modo essere rispettata in caso ci trovassimo nell'impossibilità di decidere liberamente, o di comunicare le nostre decisioni.

Si fa strada negli ultimi anni l'affermazione che debba esistere un "Diritto alla morte", ma non inteso come diritto di decidere la propria morte, bensì come importanza del morire con dignità e, per quanto possibile, con serenità. In questo senso molto si è fatto nel campo delle cure palliative già citate, tutti quei provvedimenti, cioè, che alleviano la sofferenza del morente, concedendogli di vivere gli ultimi momenti pienamente, libero, per quanto possibile, dalla voglia di dar fine alle proprie sofferenze, e più focalizzato sull'importanza di quelle ore, nelle quali lascerà l'ultimo ricordo di sé agli altri. Tutti abbiamo il diritto di vivere esprimendo totalmente le nostre potenzialità, e questo deve essere vero anche negli attimi che precedono la fine della vita.

Il ruolo psicologico dei familiari

Quando parliamo dei familiari di una persona in fin di vita, dobbiamo far riferimento a tutta la letteratura che in psicologia si è occupata del fenomeno del "Lutto". Per lutto gli studiosi intendono non solo ciò che si vive di fronte ad una morte, ma la reazione che si ha di fronte a qualsiasi tipo di perdita o di cambiamento. Naturalmente ciascuno vive il lutto secondo le proprie caratteristiche personali, l'età, la cultura, il sesso, il tipo di legame che c'era con il morente.

Esiste in realtà anche un lutto anticipatorio, identificato per la prima volta da Erich Lindemann della Harvard Medical School nel 1944, che viene vissuto sia dal morente che dai propri familiari, dall'attimo in cui si prende coscienza che l'esito delle cure potrebbe essere negativo. Questo particolare fenomeno, è spesso non compreso dalla società e dagli amici, che non vivono in prima persona l'angoscia della possibile perdita, ma assume un ruolo di primaria importanza nell'eventualità ci si trovi a decidere se sospendere le cure oppure no.

Un familiare potrebbe, per esempio, non tollerare la sofferenza dovuta all'attesa di uno sviluppo della malattia che non arriva mai, e decidere la sospensione della cura per liberarsi di questa angoscia, nascondendosi magari dietro la volontà di dare fine alla sofferenza del proprio congiunto.

Anche in questo caso l'assistenza umana è fondamentale, e l'equipe medica ha un compito insostituibile che è quello di sostenere i familiari, dando loro la possibilità di essere informati su qualsiasi sviluppo, aiutandoli ad affrontare anche le notizie più tristi, comprendendo i tempi e le modalità di espressione del dolore che vivono. Una informazione onesta e costante dei familiari sullo stato del proprio congiunto, può certamente influire in modo positivo sul loro modo di vivere l'angoscia, e generare anche una migliore partecipazione al decorso della malattia.

Anche per la famiglia, inoltre, il contatto umano col morente è fondamentale, e una famiglia che si disinteressa del proprio caro sta già attuando una forma di eutanasia, perché se c'è una cosa che non cambia quando una persona entra in coma, è il valore della sua vita, che va sempre considerato uguale. La vita vale allo stesso modo dal concepimento alla morte. Per questo motivo l'equipe medica dovrebbe favorire più possibile la presenza dei parenti intorno al paziente.

Dopo la morte, poi, subentra il lutto vero e proprio, che ha bisogno di una evoluzione e di un sostegno specifico, che pochissime strutture sono in grado di fornire oggi, sia nel pubblico che nel privato. Il lutto attraversa varie fasi, che vanno seguite da uno psicologo esperto nel settore, fino ad accompagnare le persone alla ripresa della vita normale.

Conclusioni

Come ho cercato di evidenziare nel titolo, dal punto di vista psicologico il problema non è tanto come procurare una "Morte buona", o "Dolce", ma piuttosto garantire una "Buona morte", cioè la possibilità di vivere gli ultimi momenti nel modo più dignitoso e sereno possibile.

La scelta di accelerare la fine della vita, è e deve rimanere del paziente, il quale, come detto, dovrebbe poterla esprimere non quando è necessario, bensì in tempi non sospetti, quando niente e nessuno esercita pressioni su di lui.

Nella fase della sofferenza acuta e del coma, invece, l'equipe e i familiari hanno il dovere di dare la propria presenza e fare tutto ciò che gli è noto per rispettare la scelta che egli aveva espresso, tenendo presente che la vita, anche quando è ai suoi sgoccioli e appare come una fiammella smorta, è la stessa di quando fiorisce e illumina il mondo intorno.

Scrivo in proposito Gibran:

«La Vita canta nei nostri silenzi, e sogna nel nostro sonno. Anche quando siamo sconfitti e oppressi, la Vita sta in alto sul suo trono. E quando singhiozziamo, la Vita sorride sul giorno, ed è libera anche quando noi trasciniamo le nostre catene.

«Spesso diamo alla Vita nomi amari, ma solo quando noi stessi siamo pieni d'amarezza e d'oscurità. E la giudichiamo vacua e inutile, ma solo quando l'anima vaga per luoghi desolati, e il cuore s'inebria per l'eccessiva considerazione di noi stessi.

«La Vita è profonda e alta e distante; e benché il vostro sguardo più acuto possa appena scorgere i piedi, nondimeno essa è vicina, e benché solo l'alito del vostro alito sfiori il suo cuore, l'ombra della vostra ombra passa sul suo viso, e l'eco del vostro grido più flebile diviene primavera e autunno nel suo petto.

«La Vita è velata e nascosta, come è velata e nascosta l'essenza più grande di voi stessi. Ma quando la Vita parla, tutti i venti divengono parole, e quando essa parla di nuovo, i sorrisi sulle vostre labbra e le lacrime nei vostri occhi si trasformano anch'essi in parole. Quando la Vita canta, i sordi ascoltano con attenzione, e quando s'avvicinano i suoi passi, i ciechi la guardano con meraviglia, e la seguono pieni di ammirazione».

Dott. Giammario Mascolo
Psicologo esperto in psicoterapia Breve Strategica

Via Re Tancredi 8

00162 Roma

Tel. 06-44 20 22 97 – 333-426 06 56

E-mail: giammario.mascolo@tin.it