

184 p (Operatore sanitario 3)

- Scaramuzzi O. (1999). *Mi aiuti ad uscire dalla notte?. Problematiche e risorse del malato grave nei dialoghi di relazione d'aiuto*. Torino 2006, II ed, Edizioni Camilliane, 168 p (Operatore sanitario 10)
- Solano L. (2001). *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Milano, Cortina, 452 p (Collana di Psicologia clinica e psicoterapia)
- Spini S. (2006). *Note di psicologia degli anziani*. Torino, Edizioni Camilliane, 92p (Medicina è vita 4)
- Stein E. (1917). *Il problema dell'empatia*. Roma 1985, Edizioni Studium, 274 p (La dialettica 3)
- Ufficio e Consulta Nazionale CEI per la Pastorale della Salute. (2005) . *Eucaristia: farmaco di vita e di speranza. 13° giornata del malato. 11 febbraio 2005*. Torino, Edizioni Camilliane, 32 p (Sussidi e Documenti 10)
- Ufficio e Consulta Nazionale CEI per la Pastorale della Salute. (2006) . *Alla scuola del malato. 14° giornata del malato. 11 febbraio 2006*. Torino, Edizioni Camilliane, 32 p (Sussidi e Documenti 11)
- Vanier J. (1988). *Il corpo spezzato. Il ritorno alla comunione*, Milano 1990, Jaca Book, 150 p (Già e non ancora 180)
- Vanier J. (1998). *Abbracciamo la nostra umanità*. Bologna 1999, EDB, 148 p (I libri dell'Arca)
- Von Balthasar H U. (1980). *Gesù ci conosce? Noi conosciamo Gesù?*. Brescia 1982, Morcelliana, 112 p (Il pellicano)
- Wolff H. (1978). *Gesù psicoterapeuta. L'atteggiamento di Gesù nei confronti degli uomini come modello della moderna psicoterapia*. Brescia 2003, VI ed, Queriniana, 188 p (Nuovi saggi Queriniana 45)

PRESENTAZIONE

Anche quest'anno siamo lieti di offrire un piccolo sussidio che testimonia il cammino fatto dai *Ministri straordinari della comunione* nella nostra diocesi. Presentati dalle rispettive comunità parrocchiali e scelti per questo delicato servizio dai parroci, essi svolgono un ministero assai prezioso nelle nostre parrocchie, all'interno di una Chiesa che si riscopre come comunità tutta ministeriale.

I *Ministri straordinari della Comunione*, nella nostra arcidiocesi, sono una consolante e promettente realtà ecclesiale e pastorale. Si tratta di persone già seriamente impegnate nel servizio ecclesiale e che si dedicano in particolare a portare la Comunione ai malati e agli anziani che sono impossibilitati, nel giorno del Signore, a partecipare con i loro fratelli alla celebrazione dell'Eucarestia.

Proprio per assicurarne la preparazione, l'Ufficio Liturgico diocesano ha curato quest'anno il corso di formazione nel quale il ministero straordinario viene approfondito nel significato, nella portata e nei compiti di assistenza al malato, sia nell'aspetto psicologico che spirituale.

Il presente sussidio ospita lo studio di P. Salvatore Franco OMI, che ringrazio fraternamente per la disponibilità e la collaborazione, e l'*omelia* tenuta dal nostro Arcivescovo nella celebrazione del 3 gennaio u.s., durante la quale ha istituito diciannove nuovi ministri e rinnovato il mandato a tutto il gruppo.

Rinnovo attraverso questo strumento la gratitudine a coloro che hanno animato gli incontri di formazione all'Istituto delle Suore di Santa Chiara di Corleone e alla Parrocchia di S. Caterina di Partinico per avere ospitato i rispettivi corsi.

L'impegno e la dedizione profusi da tutti vengono ora messi a disposizione dei Ministri ma anche di tutta la comunità come

strumento modesto e semplice per aiutarla a maturare in quella “coscienza ministeriale” che la fa, come Maria, Serva di Dio e degli uomini.

Monreale, 3 giugno 2008

Sac. Giacomo Sgroi
Direttore ULD

- Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 320 p
- Hough M. (1996). *Abilità di counseling. Manuale per la prima formazione*. Trento 1999, Erickson, 246 p (Collana di psicologia)
- Kubler-Ross E. (1969), *La morte e il morire*. Assisi 1999, Cittadella, XII ed, 317 p (Psicoguide)
- La Grua M. (1987). *La preghiera di guarigione*. Palermo, Herbita ed., 156 p
- Maggioni B. (1999), *Gesù e i malati nel Vangelo di Matteo*, in "Parola Spirito e Vita" n. 40, luglio-dicembre 1999/2, pp 77-87
- Manicardi L. (1999). *Il malato e gli altri. Riflessioni sulla visita a i malati*, in "Parola Spirito e Vita" n. 40, luglio-dicembre 1999/2, pp 183-200
- Maslow A H. (1954). *Motivazione e personalità*. Roma 2002, Armando, 542 p
- Nouwen J M H.(1994). *Il dono del compimento. Meditazione su come morire e aiutare a morire*. Brescia 1998), IV ed, Queriniana, 124 p (Spiritualità 42)
- Ostaseski F. (2003). *Sofferenza e guarigione*. In Crozzoli Aite L, a cura di. “Assenza, più acuta presenza: Il percorso umano di fronte all’esperienza della perdita e del lutto”. Milano, Paoline, pp. 193-203 (Saggistica Paoline 14)
- Pangrazzi A. (1986). *Creatività al servizio del malato*. Torino 1990,II ed., Edizioni Camilliane, 160 p (Mondo della salute 2)
- Pangrazzi A. (1999a). *Signore mi affido e mi fido di te*. Torino, Edizioni Camilliane, 46 p (preghiere e spiritualità)
- Pangrazzi A. (1999). *Sii un girasole accanto ai salici piangenti. Dialoghi con i malati*. Torino, Ediz. Camilliane, 192 p (Salute e salvezza 11)
- Pangrazzi A. (2005). *Far bene il bene. Volontari accanto a chi soffre*. Torino, Edizioni Camilliane, 110 p (Operatore sanitario 16)
- Pangrazzi A. (2006). *Vivere il tramonto. Paure, bisogni e speranze dinanzi alla morte*. Trento, Erickson, 168 p (Il sole a mezzanotte)
- Pietrantoni L. (2001). *La psicologia della salute*. Roma, Carocci, 128 p (Le bussole 7)
- Salvatore R. (1989). *Nel dolore insegnami a pregare Signore*. Torino, Edizioni Camilliane, 96 p (Preghiere e spiritualità 1)
- Sandrin L, Brusco A, Policante G. (1989). *Capire e aiutare il malato. Elementi di psicologia, sociologia e relazione d'aiuto*. Torino, Edizioni Camilliane,

BIBLIOGRAFIA

- AIMaC (2006). *Non so cosa dire*. Roma, II ed, 32 p (il girasole)
- Andretto U, Baldo M. (1994). *Psicologia e malato*. Torino, Edizioni Camilliane, 254 p (Operatore sanitario 6)
- Barracough J. (2002). *Cancro ed emozioni. Aspetti emozionali e psicologici nel paziente oncologico*. Torino, Centro Scientifico Editore, 250 p (I libri dell'elefante)
- Benedetto XVI (2007). *Sacramentum Caritatis*. Città del Vaticano, LEV, 160 p
- Chiara M. (2005). *Crudele dolcissimo amore*. Cinisello Balsamo, Ed. San Paolo, 256 p
- Cigoli V. (1992). *Il corpo familiare. L'anziano, la malattia, l'intreccio generazionale*. Milano 2000, IV ed., Franco Angeli, 334 p (Collana di psicologia sociale e psicoterapia della famiglia 1245.7)
- Crippa E. (1977). *Le più belle preghiere dei malati e dei sofferenti di tutti i secoli*. Napoli, Ed. Dehoniane, 212 p
- de Martino E. (1975). *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre al silenzio di Maria*. Torino, Boringhieri, 432 p (Universale scientifica 123/124)
- Ellis Al. (1962). *Ragione ed emozione in psicoterapia*, Roma 1989, Astrolabio Ubaldini, 264 p
- Frankl V E (1977). *La sofferenza di una vita senza senso. Psicoterapia per l'uomo di oggi*. Leumann (Torino) 1992, III ed., elle di ci, 136 p (Immagine dell'uomo)
- Frankl V E (1984). *Homo patiens. Soffrire con dignità*. Brescia 1998, II ed., Queriniana, 136 p (Biblioteca di cultura 17)
- Giovanni Paolo II (1984). *Salvifici Doloris. Lettera Apostolica di Giovanni Paolo II sul senso cristiano della sofferenza umana*. Roma, Figlie di San Paolo, 62 p (Magistero 101)
- Giovanni Paolo II (1999). *Lettera agli anziani*. Milano, Figlie di San Paolo, 36 p
- Giovanni Paolo II (2003). *Ecclesia de Eucharistia. Lettera enciclica sull'Eucaristia nel suo Rapporto con la Chiesa*. Bologna, EDB, 48 p (Documenti Santa Sede 82)
- Grassi L, Biondi M, Costantini A (2003). *Manuale pratico di psico-oncologia*.

**CELEBRAZIONE EUCARISTICA E MANDATO
AI MINISTRI STRAORDINARI DELLA COMUNIONE
MONREALE, BASILICA CATTEDRALE – 3 GENNAIO 2008
MEMORIA DI S. GIUSEPPE MARIA TOMASI
OMELIA DI S. E. MONS. SALVATORE DI CRISTINA, ARCIVESCOVO**

Carissimi nel Signore,

questi nostri fratelli e sorelle, che sono stati or ora presentati, hanno detto il loro “eccomi” al Signore, riecheggiando in qualche modo l’*eccomi* del giorno della loro cresima. Lo hanno detto ancora una volta per aderire a una sua chiamata, la quale, nella medesima dialettica di chiamata e risposta tra il Signore e il credente, ha sempre nella chiesa e mediante la chiesa il suo luogo autentico di svolgimento, anche perché essa ha di norma come oggetto il dono della ministerialità offerto alla chiesa stessa.

1. *Una celebrazione Eucaristica per ringraziare il Signore per il dono della ministerialità ecclesiale alla nostra Chiesa.*

Tutti sappiamo che nella chiesa si dà una ministerialità che riguarda i membri stessi della chiesa e c’è una ministerialità missionaria che riguarda coloro che non sono ancora membri della chiesa o che dalla chiesa hanno cessato di essere membra vive. Tutte e due queste forme di ministerialità esprimono in chi ha il dono di rivestirle la testimonianza di una fede veramente cristiana; qualcosa di cui la comunità credente ha il dovere di ringraziare Dio e i fratelli e le sorelle che con generosità si rendono per esso disponibili.

È quello che facciamo nell’attuale circostanza che vede diciannove nostri fratelli e sorelle accedere al ministero straordinario della comunione eucaristica. Essi si aggiungono ai trecentosei (li ricordava un momento fa il carissimo Don Giacomo) che già operano da tanti anni nella nostra Chiesa.

È anche significativo che questa nostra celebrazione avvenga nella memoria di San Giuseppe Maria Tomasi, un santo nostro conterraneo, che la Chiesa di Monreale celebra nella sua liturgia come memoria obbligatoria. Nella preghiera colletta ci siamo rivolti

a Dio chiedendogli la grazia di sapere imitare l'esempio di questo santo facendo grata memoria del suo "avere coltivato con somma pietà – erano queste le parole della liturgia – la scienza delle sante scritture e della liturgia". L'essere stato egli a suo tempo, tra la seconda metà del seicento e primi anni del settecento, in un'epoca cioè che nella sua generalità non coltivava ancora una tale scienza liturgica e una tale scienza biblica da essere in grado di alimentare significativamente la pietà e la vita cristiana, costituisce una eccezione che lo distingue, assai più che per le sue origini aristocratiche, per il carattere sapienziale e profetico della sua scelta di studioso e di uomo di spirito. La "somma pietà" con cui egli seppe coltivare la scienza liturgica e quella biblica emerge ad esempio già da una lettera che il nostro santo scrisse nel 1675, appena due anni dopo l'ordinazione sacerdotale, alla sorella monaca, lettera che la liturgia di oggi fa leggere nell'ufficio delle letture: una pagina bellissima, di fede autentica intrisa di devozione liturgica.

2. "Ecco l'Agnello di Dio"

Ma abbiamo da segnalare anche un altro motivo del nostro convenire in assemblea eucaristica: la benedizione dei nostri nuovi "ministri straordinari della comunione". In questo giorno del sacro Tempo di Natale abbiamo ascoltato or ora, nella proclamazione del Vangelo, Giovanni Battista che indicava il Cristo come "l'Agnello di Dio che prende su di sé i peccati del mondo". È questa l'espressione tipica immortalata nella iconografia del Battista nella tradizione cristiana. Il precursore del Signore tiene l'indice puntato verso il Cristo. Anche se le parole pronunciate un giorno dal Battista non si odono, esse risuonano ugualmente nello spazio tra l'icona e chi la osserva: accolte come rivelazione per la fede e come invito forte e suasivo per la pietà del credente; un invito stasera rivolto particolarmente a noi, ministri della comunione eucaristica. Dico bene "nostra", perché come potrei non includere me stesso e i confratelli presbiteri e i diaconi e gli accoliti, a cominciare dai qui presenti? Siamo accomunati, cari ministri straordinari della comunione eucaristica, nello stesso sublime ministero di precursori del Cristo: *Ecco*

siamo noi stessi consolati da Dio» (cfr. 2 Cor 1, 4), e attuare così il mandato di Gesù: «Fate questo in memoria di me» insieme alla nostra Madre Maria.

Concludiamo con una preghiera ²⁷:

O Signore, ci rivolgiamo a Te
che sei venuto nel mondo
per condividere la nostra fragilità,
per assumere i nostri dolori
e illuminarli con la tua Croce.

Affidiamo a te tutti i sofferenti
perché abbiano la forza di portare la propria croce:
soccorri i bambini provati dalla malattia
e sostieni i loro genitori,
accompagna il travaglio di chi è afflitto
da infermità croniche o terminali,
allevia la solitudine degli anziani,
conforta i moribondi.

Aiuta noi, sani,
a scoprire che dietro ad ogni volto che soffre
ci sei Tu, Signore.

Mantienici aperti ad accogliere i messaggi
di chi parla attraverso la storia del suo dolore,
il linguaggio dei suoi silenzi,
il significato delle sue parole e dei suoi gesti.

Fa, o Signore
che non ci stanchiamo mai
di scoprire e vivere
il mistero della vita. Amen

²⁷ Pangrazzi A., *Signore mi affido e mi fido di te. Nel tempo della malattia*, Torino 1999, p. 36

Comunione con il sacrificio di Cristo: oblazione di sé
Orientamento verso il morire in Cristo e il compimento della vita e della storia

Gratitudine

Vita dal dolore e dalla morte

L'Eucaristia è dunque il sacramento dell'integrazione dell'uomo, del compimento del disegno divino sull'uomo che è chiamato ad essere persona eucaristica come Maria. La salute come "salus" - salvezza cioè intesa come completa integrazione - è la meta finale del nostro cammino e sviluppo in Cristo ²⁶. Nella Gerusalemme celeste infatti Dio tergerà ogni lacrima, non ci sarà più la morte, né lamento, né affanno (Cfr Ap 21, 4) e l'albero della vita che sorgerà in mezzo ad essa darà delle foglie che guariranno tutta l'umanità (cfr Ap 22,2).

La sorgente della salvezza e quindi della salute, presente nella persona di Cristo, sensibile attraverso il suo stesso corpo, rivive oggi, per mezzo dello Spirito Santo, nel suo Corpo che è la "Chiesa che cammina con Maria. Così scriveva Giovanni Paolo II nella "Salvifici Doloris": «Testimone della passione del Figlio con la sua presenza, e di essa partecipe con la sua compassione, Maria Santissima offrì un singolare apporto al Vangelo della sofferenza» (n. 38) ... «Quasi a continuazione di quella maternità, che per opera dello Spirito Santo gli aveva dato vita, Cristo morente conferì alla sempre Vergine Maria una maternità nuova – spirituale e universale – verso tutti gli uomini, affinché ognuno, nella peregrinazione della fede, gli rimanesse insieme con lei strettamente unito fino alla Croce e, con la forza di questa Croce, ogni sofferenza rigenerata diventasse, da debolezza dell'uomo, potenza di Dio» (n. 26).

Nutrirsi di Gesù, pane e vino consacrato; adorarlo, portarlo con sé presso i malati, visitarlo per essere coscienti che Lui ci visita e ci consola fa sì che *«anche noi possiamo consolare quelli che si trovano in qualsiasi genere di afflizione con la consolazione con cui*

l'Agnello di Dio, proclamiamo ogni volta nel santo rito affidatoci, *ecco colui che toglie i peccati del mondo!* Il gesto statuario di Giovanni Battista, sempre ripetuto e nuovo nella sua vibrante iconicità, sfida i limiti del tempo, ci raggiunge e si fa nostro. Indicare il Signore Gesù! Non solo nel corso del rito della comunione ai fedeli, quando solleviamo la particola sacra per propiziare il loro atto di fede (*O Signore, non son degno...*), ma attraverso tutti i pori della nostra esistenza di "ministri" di chi intende riceverlo sacramentalmente e forse si sentirà, ancor più coinvolto dalla nostra fede e dalla nostra pietà a riceverlo nella sua esistenza, nella sua vita. L'indicazione e l'invito, espressi dalla nostra pochezza credente e amante, risulterà veramente ispirato dal Signore; indicherà davvero il Signore e lo consegnerà *fortiter et suaviter* (con soave fermezza) ai fratelli e alle sorelle che avremo l'onore di servire. È da questa modalità alta di indicare il Cristo ai fratelli che potrà nascere un dialogo nuovo, di fede e di carità, con il Signore. Il nostro e quello di coloro che serviremo. Come non avere presente infatti che fu proprio prima di istituire l'Eucaristia che Gesù affidò ai suoi discepoli nel cenacolo il comandamento nuovo dell'amore: *Vi do un comandamento nuovo: che vi amiate gli uni gli altri come io vi ho amati*". È nel contesto della santa cena nel cenacolo che Gesù ci affida questo suo testamento spirituale. Senza l'amore non si dà comunione. Si riuscirà a stare insieme, con cameratismo e tolleranza. Essere ministri (ordinari o straordinari) della comunione con il Signore esige, come inderogabile presupposto, che siamo uomini e donne di comunione: nell'accoglienza, nel rispetto, nella carità reciproca. Il contrario espone alla caricatura.

3. Ministri straordinari della Comunione

Forse ha anche un senso che i nostri ministri straordinari della comunione vengano usualmente chiamati semplicemente così: "ministri straordinari della comunione". Certamente appare meno opportuno che vengano designati più frettolosamente come "ministri straordinari" (di che cosa?). Nella dicitura "ministri straordinari della Comunione" (con la "C" maiuscola!) è certamente sottinteso che si

²⁶ Cfr La Grua Matteo, *La preghiera di guarigione*, Palermo 1987, p. 37

tratta della comunione eucaristica: cioè di quella comunione sacramentale di cui è detto che è il punto di arrivo e il punto di partenza di ogni vera comunione. Essi sono ministri *della* Comunione e ministri *alla* comunione: a servizio della comunione. Ringraziamo lo Spirito Santo che ci fa grazia questa sera di conferire a questi nostri fratelli e sorelle il mandato di ministri straordinari della Comunione nel clima speciale creato tra noi dalla proclamazione del Vangelo del “comandamento nuovo” (*mandatum novum*). La pietà liturgica, impersonata da San Giuseppe Maria Tomasi, si traduca in impegno per tutti noi a dare alla nostra ministerialità l'impronta di una spiritualità alimentata dalla meditazione del mistero di Cristo, quale la liturgia ci consente ogni anno di penetrare personalmente e comunitariamente. Carissimi fratelli e sorelle, dunque, che vi preparate a ricevere il mandato e la benedizione perché siate nella Chiesa di Monreale ministri straordinari della Comunione. Certo, io ho il dovere di esortarvi a coltivare un amore di solidarietà per i fratelli in generale e per gli ammalati in particolare (e su ciò cose assai belle ha detto un momento fa don Giacomo, parlando del vostro programma formativo). Penso anch'io che in qualche modo voi dovreste apparire come degli specialisti del rapporto con gli ammalati, perché la parola del Signore e la comunione con lui raggiunga anche questi fratelli che sono in particolare condizione di vita e di bisogno.

Ma io in questo momento non voglio esortarvi direttamente a ciò. Ritengo più decisivo farlo indirettamente. Coltivate in voi la fede e l'amore con cui Giovanni Battista ha indicato il Cristo ai suoi discepoli perché si facessero discepoli di Lui. Coltivate la solida pietà liturgica di San Giuseppe Maria Tomasi, la sua vita semplice ed essenziale. Siate uomini e donne di comunione, considerando come la più grande ingiuria al vostro ministero seminare dissapori, maldicenza e zizzania. Tutto il resto – credetemi – avverrà di conseguenza e costituirà un commento, non cercato, e anche per questo più prezioso che i fedeli della nostra santa Chiesa di Monreale per il vostro umile servizio.

Il Signore Gesù e la Vergine Maria vi accompagnino sempre.

L'Eucaristia dona un significato profondissimo a questa comunione con la sofferenza redentrice di Cristo e del suo sacrificio per amore dell'umanità. Giovanni Paolo II, nella “Ecclesia de Eucaristia” scriveva: «Nella comunione eucaristica si realizza in modo sublime il dimorare l'uno nell'altro di Cristo e del discepolo: Rimanete in me e io in voi (Gv 15,4). Unendosi a Cristo il popolo della nuova alleanza, lungi dal chiudersi in se stesso, diventa sacramento per l'umanità segno e strumento della salvezza operata da Cristo, luce del mondo e sale della terra è per la redenzione di tutti» (n. 22). «Mediante la comunione al corpo di Cristo la Chiesa raggiunge profondamente quel suo essere in Cristo come sacramento, cioè segno e strumento dell'intima unione con Dio e dell'unità di tutto il genere umano» (n. 24).

Per questo ogni volta che ciò è possibile, dobbiamo cercare di essere vicini al malato insieme ad altri. Una persona non è mai feconda da sola: la fecondità presuppone due persone unite dall'amore. Non possiamo comunicare la vita se non a patto di essere un'unità nella Chiesa. È la cura della comunità che ricorda alla persona sofferente e morente che è amata. Insieme, come un corpo di amore, come una comunità sollecita, possiamo avvicinarci al sofferente e scoprirvi una nuova vita. In questo modo possiamo aiutare l'ammalato e particolarmente il morente a vivere i suoi giorni per gli altri e in comunione con il mondo e con coloro che ci hanno preceduto e che sono egualmente presenti.

Troviamo numerosi elementi dell'Eucaristia condivisi dal malato:

- Esperienza nel trovarsi dinanzi alla possibilità della morte
- Sofferenza nel corpo e corpo di Cristo
- Guarigione psicofisica e spirituale a partire dal corpo di Cristo
- Presenza di Cristo come uscita dalla solitudine
- Invocazione di guarigione psicofisica e spirituale
- Comunione con la Chiesa
- Comunione con il mondo e i sofferenti
- Condivisione con la passione di Cristo

l'ora... in cui... mi lascerete solo. Ma io non sono solo, perché il Padre è con me» (Gv 16,32).

«Maria, con la sua presenza, incoraggiava Gesù ad andare al di là della sua esperienza di abbandono e ad arrendersi all'abbraccio del Padre. Era là per fortificare la sua fede che anche in mezzo alle tenebre, dove non possiamo trovare altro che perdita e reiezione, egli rimane il Figlio diletto di Dio, che non lo lascerà mai solo. Fu questa sollecitudine materna che alla fine permise a Gesù di vincere la battaglia contro i poteri demoniaci della reiezione, di respingere la tentazione dell'abbandono e di arrendere il suo intero essere a Dio, con le parole: "Padre, nelle tue mani consegno il mio Spirito"» (Lc 23,46)»²⁴.

Guardando a Maria possiamo vedere la Chiesa tutta che cammina ancora per le strade del mondo e vive, grazie al dono dell'Eucarestia, l'immenso sacrificio e dono di Cristo²⁵. Se volessimo dunque scegliere delle icone che possano illustrare il contenuto del servizio di portare l'Eucaristia a chi soffre ed è vicino in qualche modo alla morte le più adatte potrebbero essere proprio quella della Vergine Maria che corre da Elisabetta portando in sé il corpo di Gesù appena concepito e quella di Maria sotto la Croce di quello stesso Figlio.

²⁴ Nouwen J.M.H., *Il dono del compimento. Meditazione su come morire e aiutare a morire*, Brescia 1998, p. 73

²⁵ Nella enciclica "Ecclesia de Eucharistia" Giovanni Paolo II afferma che "Maria ci può guidare verso questo santissimo sacramento, perché ha con esso una relazione profonda" (53). "Maria ha esercitato la sua fede eucaristica prima ancora che l'Eucaristia fosse istituita, per il fatto stesso di aver offerto il suo grembo verginale per l'incarnazione del Verbo di Dio. (...). C'è pertanto un'analogia profonda tra il fiat pronunciato da Maria alle parole dell'angelo, e l'amen che ogni fedele pronuncia quando riceve il corpo del Signore. (...) Quando, nella visitazione, porta in grembo il Verbo fatto carne, ella si fa, in qualche modo, «tabernacolo» della storia – dove il Figlio di Dio, ancora invisibile agli occhi degli uomini, si concede all'adorazione di Elisabetta, quasi «irradiando» la sua luce attraverso gli occhi e la voce di Maria" (55). "Maria fece sua, con tutta la vita accanto a Cristo, e non soltanto sul Calvario, la dimensione sacrificale dell'Eucaristia" (56)

**L'ATTEGGIAMENTO DINANZI ALLA SOFFERENZA
PSICOSPIRITUALE DELLA PERSONA**
Psicologia e Spiritualità della relazione con il malato

P. Salvatore Franco omi

Introduzione

Alla scuola di Gesù Buon Pastore

La prospettiva da cui ci poniamo a considerare il rapporto con il malato è quella psicologica. Questo ambito abbraccia però una dimensione della persona che è collegata e immersa in quella corporea, relazionale e spirituale. Le dimensioni psicologiche e spirituali sono infatti in contatto e in comunicazione con le altre dimensioni della persona: fisica, intellettuale-razionale, sociale-relazionale-familiare. Occorre per questo valutare una persona considerando ognuna di tali dimensioni nel contesto e nell'insieme delle altre.

Il punto di partenza in questa esposizione è l'atteggiamento di Gesù nei confronti della persona umana. Nel Vangelo di Giovanni Gesù definisce se stesso come il Buon Pastore che conosce e ama le sue pecore ed è pronto a dare la vita per esse. La conoscenza di Gesù del cuore dell'uomo e del suo dolore motiva Gesù ad accoglierlo, guarirlo, confortarlo: "... Gesù... conosceva tutti ... non aveva bisogno della testimonianza di alcuno sull'uomo, poiché egli stesso conosceva quello che era nell'uomo" (Gv 2,25). Egli poteva capire i pensieri delle persone che lo attorniavano (Mt 9,4) e "vedere" anche la loro fede, la fiducia e la diffidenza (Mt 9,2) e intuire le loro intenzioni più nascoste (Mc 12,15).

Proprio per questo egli poteva aiutare le persone ad aprirsi, ad avere fiducia e a rompere con ciò che li teneva incatenati. La "terapia" che Gesù metteva in atto era dunque la sua stessa persona (Wolff, 1978). Non era solo la sua parola a convincere, ma soprattutto l'efficacia

del suo agire: “*da lui usciva una forza che guariva ogni male*” (Lc 6,19).

L’atteggiamento di Gesù dinanzi all’uomo sofferente non era mai invadente ma permetteva a quest’ultimo di rivelarsi e farsi conoscere liberamente. Gesù aveva una componente emotiva molto forte che gli permetteva di creare un legame profondo di empatia, di partecipazione, di effusione con gli uomini e le donne che incontrava. Aveva un atteggiamento paterno e materno. Nel Vangelo di Matteo, per es., viene utilizzato un verbo di forte impatto per esprimere questa straordinaria empatia di Gesù: *splanknízomai*, che si potrebbe tradurre con “commuoversi nelle viscere” e che fa riferimento all’amore materno e al grembo della donna (cfr Mt 14,14; 15,32; 20,34)¹. Dinanzi alle persone sofferenti Gesù si commuoveva e condivideva pienamente il loro dolore e sapeva farlo perchè conosceva profondamente la solitudine e la sofferenza dell’uomo per averla presa su di sé e in sé “per noi” e al nostro posto². Egli non solo si compenetrava della sofferenza altrui ma accettava di coinvolgersi in una relazione con le persone che si accostavano a lui e si lasciava conoscere per quello che era ed è: egli aggiunge infatti che le pecore conoscono a loro volta il pastore. Ciò vuol dire, nel nostro caso, che non è possibile sperare che gli altri e in particolare i malati si aprano a noi se non abbiamo anche la disponibilità a farci conoscere da loro, a condividere la nostra umanità e debolezza con loro.

Alla luce di queste considerazioni il primo passo che faremo è dunque quello di entrare un po’ di più nel cuore dell’ammalato e chiederci cosa vive dal punto di vista dei suoi pensieri, delle sue emozioni e dei suoi sentimenti. In particolare cercheremo di capire cosa vive la persona di fronte alla malattia a lungo termine, al declino della vita e alla possibilità di morte. Non mancheremo di lasciarci

¹ Maggioni B., *Gesù e i malati nel Vangelo di Matteo*, in "Parola Spirito e Vita" n. 40, p. 82

² Cfr von Balthasar H.U., *Gesù ci conosce? Noi conosciamo Gesù?*. Brescia 1982, p. 53

frutto per le generazioni che verranno: «*Se formiamo questa comunità di persone sollecite possiamo ricordare l’uno all’altro che porteremo frutto molto al di là dei pochi anni che abbiamo da vivere, e possiamo avere fiducia che coloro che vivranno molto tempo dopo che noi saremo morti riceveranno ancora i frutti dei semi che abbiamo seminato nella nostra debolezza e trovare in essi una nuova forza*»²¹.

In Maria possiamo inoltre cogliere il significato della nostra partecipazione insieme al sacrificio e alla passione di Cristo e dell’essere umano²². La Chiesa si sente chiamata ad essere presente accanto ai malati mentre combattono la loro lotta, una battaglia che diventa sempre più reale e intensa man mano che l’ombra della morte sembra avvicinarsi. Maria, sotto la croce, è l’espressione più profonda e commovente della sollecitudine di Dio per l’uomo sofferente e del nuovo rapporto con la morte inaugurato da Cristo²³. Gesù moriva nell’angoscia e Lei era là senza parlare, senza lamentarsi, senza piangere. Era là ricordando al figlio con la sua silenziosa presenza che lei non poteva tenerlo per se stessa, ma che la sua vera figliolanza apparteneva al Padre, che non l’avrebbe mai lasciato solo. Lo aiutava a ricordare le sue stesse parole: «Ecco verrà

²¹ Nouwen J.M.H., *Il dono del compimento. Meditazione su come morire e aiutare a morire*, Brescia 1998, p 104

²² “Maria inaugura la partecipazione della Chiesa al sacrificio del redentore” (Benedetto XVI, Sacramentum caritatis 33)

²³ De Martino ha mostrato a questo proposito, da un punto di vista di antropologia culturale, come i rituali e i lamenti funebri convergano e vengano a trovare un compimento e un superamento nel silenzio della madre del Cristo sotto la croce. Cfr de Martino E, *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre al silenzio di Maria*, Torino 1975, pp. 334. Questo atteggiamento interiore appare infatti come il modello di un nuovo modo di vivere e di porsi dinanzi alla morte e al dolore: non la stoica accettazione bensì la piena, dolorosa e interiore partecipazione nella fiducia serena della prospettiva del ricongiungimento e di un nuovo compito legato ad un radicamento nella propria identità raggiunta ad un livello più profondo e, in questo caso, ad una nuova maternità più vasta e universale vissuta nel dono di sé de Martino E, *Morte e pianto rituale. Dal lamento funebre al silenzio di Maria*, Torino 1975, pp. 334-344

Poi lentamente, quasi con umiltà ma anche con decisione, mi ha detto: «Chiara, tu “sai” cos’è questo dolore, lo portiamo insieme. Ma se tu non ce la fai, non preoccuparti, lo portiamo noi per te». Forse è troppo dire che in quel momento questa frase è stata luce, però mi immediatamente dato la pace. Razionalmente, non ha senso, perché in fondo la realtà che in quel momento era sul “mio” corpo, non cambiava, non è che per qualche stregoneria avevo trovato la soluzione, però era sentire che non ero più sola, era sentire che potevo abbandonarmi, lasciare che tutte le mie paure e tutto il resto fosse raccolto da altri. Chiudere gli occhi... e sentire che il “buio” non faceva più paura»²⁰.

7) LA MADONNA, LA MALATTIA E L’ EUCARISTIA

Dinanzi alla malattia possiamo porci da due punti di vista diversi: stiamo diventando persone meno capaci di affrontare la morte o stiamo crescendo in una nuova dimensione di grazia? Occorre ogni volta scegliere tra questi due punti di vista: la scelta di vedere le nostre debolezze, le proprie capacità in declino e quelle delle altre persone come l’ingresso verso la grazia di Dio e quindi la scelta della fede. Nouwen (1994) fa osservare che quando san Giovanni guardò verso Gesù sulla croce e vide fluire sangue ed acqua dal suo costato trafitto, vide qualcosa di diverso dalla prova che tutto era finito. Vide infatti il compimento della profezia: «Guarderanno a colui che hanno trafitto», e quindi percepì un barlume della vittoria di Dio sulla morte e un segno della grazia di Dio.

Risulta per questo importante rivolgere lo sguardo alla nostra Madre Maria. In lei troviamo il giusto atteggiamento della Chiesa per cui vivere e aver cura degli altri sono una cosa sola. Senza sollecitudine per gli altri è infatti impossibile che la nostra vita porti

aprire nell’incontro con l’ammalato anche a una nuova conoscenza di noi stessi.

Il secondo passo sarà quello di vedere quale atteggiamento occorre acquisire nei confronti della persona ammalata e come l’esperienza di malattia e di prossimità alla morte possa diventare un luogo privilegiato per la spiritualità e il cammino della persona con Dio. Il tempo della malattia si trasforma infatti per molti un percorso di ricerca di Dio e di significato della vita e del dolore, di riconciliazione e di perdono.

Infine faremo un accenno a come l’Eucaristia risponde al vissuto del malato e come lo eleva ad un superamento trascendente. Vedremo dunque come l’Eucaristia possa toccare la parte più profonda della persona che è collegata alla sua dimensione psicologica e quindi può diventare in senso proprio “farmaco” di salvezza di tutta la persona.

Quanto emergerà spero potrà essere utile a chi, come il ministro straordinario dell’Eucaristia, è chiamato ad essere sempre più una persona che comprende il dolore dell’altro e che lo accompagna ad incontrare in esso il Signore e a lasciarsi trasformare da Lui.

1) I BISOGNI E LE ASPETTATIVE DEL MALATO

Prima di tutto occorre che consideriamo che vi sono dei bisogni fondamentali del malato propri di ogni persona. Maslow (1954) parlava di cinque bisogni fondamentali considerati in ordine gerarchico: fisiologici, di sicurezza, di amore e appartenenza, di stima e di realizzazione.

Più in generale dobbiamo considerare che il malato ha bisogno di essere trattato come una persona e che può affrontare meglio l’esperienza di sofferenza se è reso in grado di esercitare la sua dignità senza essere trattato come un bambino da proteggere. Quando infatti le sue domande sono seguite da rassicurazioni infondate e le sue esigenze sono disattese scattano in lui reazioni di sfiducia, aumentano i dubbi e il senso di inadeguatezza personale.

²⁰ Chiara M., *Crudele dolcissimo amore*, Cinisello B. (MI), pp. 86-87

Anche il bisogno di realizzazione è importante per il malato ma non si può considerarlo o farlo diventare una mera auto-realizzazione e quindi un auto-centramento su di sé: la malattia infatti può diventare una possibilità per conoscere e far conoscere non soltanto la propria debolezza o incertezza ma anche la propria capacità di essere paziente e umile, di ridimensionare preoccupazioni secondarie e di saper lottare con coraggio e quindi di indirizzare i propri sforzi anche a favore di coloro che sono accanto. «Il malato realizza le sue potenzialità nella misura in cui permette che la malattia lo renda più forte dinanzi alle difficoltà, più umano dinanzi agli altri, più ricco interiormente, più saggio dinanzi al mistero di ogni giorno»³.

Inoltre l'ammalato, come chiunque si trovi in una grande difficoltà, tende naturalmente ad avere delle aspettative dagli altri, da Dio e dai medici. A Dio egli chiede aiuto, guarigione, risposte ai suoi interrogativi, segni concreti della sua presenza. Laddove queste attese sono disattese si sente tradito, abbandonato, deluso. Ai medici chiede competenza, terapie efficaci. Ogni malato ha la sua storia e delle aspettative ragionevoli o irragionevoli.

2) LE EMOZIONI DEL MALATO E I MECCANISMI DI ADATTAMENTO

Dal punto di vista psicologico dobbiamo considerare che, soprattutto dinanzi ad una diagnosi infausta, alla percezione che tutto potrebbe essere finito o alla prospettiva di dover affrontare particolari sofferenze, emergono nel malato una serie di emozioni che vanno dallo shock alla paura, dal risentimento al senso di colpa, dallo sconforto alla disperazione, ecc... Alcune espressioni verbali possono esprimere meglio tali sentimenti: “Sono preoccupato”, “Mi sento scoraggiato”, “Mi sento solo”, “Mi sento giù”, “Mi trovo in un tunnel senza via d'uscita”, “Mi è crollato il mondo addosso”.

³ Pangrazzi A., *Sii un girasole accanto ai salici piangenti. Dialoghi con i malati*, Torino 1999, p. 75

- Valorizzare il silenzio
- Prestare attenzione ai bisogni concreti e interiori dei familiari
- Identificare e valorizzare le risorse interiori e spirituali del malato e della famiglia

Concludiamo riportando a mo' di esempio una pagina dal diario di una ammalata:

«C'è stato un momento durissimo in cui ho sentito di non farcela. Non mi pareva possibile riuscire a venirne fuori. Per fortuna ho avuto vicina una mia amica speciale che non dimenticherò mai. In quel momento lei ha capito al volo che non sarebbe servito a niente consolarmi cercando di indorare la pillola o riportandomi ad accettare tutto questo come una “permissione” divina o ancora di più adoperando una frase classica che spesso e volentieri mi sono sentita ripetere nel corso di questi anni e che accetto solo da pochissime persone: «prediletta da Dio». Cavoli!!! Non ditele queste cose quando uno è lì che si piega in due dai dolori o è immerso nel buio totale! No... per favore non ditele!!! Non servono a niente, anzi, creando dentro ancora più ribellione. Io, in quel momento, se solo la mia amica avesse pronunciato una frase del genere probabilmente avrei scaraventato qualcosa contro il muro poiché non mi era possibile neanche stare seduta a letto.

Invece, lei si è seduta accanto a me, sul letto (alla faccia delle regole ospedaliere...), mi ha ascoltata, ha ascoltato la mia disperazione, ha raccolto le mie lacrime, i suoi occhi dritti nei miei, tutta protesa verso di me... quasi ad entrare dentro anche fisicamente nel mio dolore che in quel momento stava diventando anche suo. Non c'era in lei, lo sentivo, nessuna smania di trovare risposte preconfezionate. Mi ha ascoltato fino in fondo.

- *Banalizzare o minimizzare le perdite per tenere il malato su di morale: “Quello che ha lei è niente a quello che ha tizio o che ho sofferto io”*
- *Imporre i propri schemi di riferimento: “Dio manda queste prove alle persone che ama di più”*
- *Rendere le persone dipendenti dal proprio aiuto*
- *Lasciare che la propria ansia prenda il sopravvento: non accettare per es. i momenti di silenzio o forzare il malato a qualcosa di cui non ha oggettivamente la forza*
- *Dare false speranze*
- *Rimandare il conforto dei sacramenti*

Atteggiamenti da coltivare

- Relazionarsi alla persona e non alla sua malattia
- Mantenere una postura aperta, serena e spontanea senza atteggiamenti comunicanti tristezza
- Essere consapevoli che non si è chiamati a togliere il dolore ma ad essere prossimi
- Accogliere i sentimenti del malato e coltivare un ascolto empatico
- Sintonizzarsi con il linguaggio del malato e fare attenzione a quello non verbale
- Utilizzare nel modo giusto l'umorismo
- Nell'incertezza di come comportarsi chiedere al malato se lo stiamo disturbando o se ha piacere che ci tratteniamo con lui mostrando in questo modo il nostro imbarazzo per la sua condizione
- Far leva sul contatto fisico come stringere la mano o accarezzare il malato

A chi si avvicina al mondo della sofferenza è richiesta per questo particolare attenzione ai sentimenti del malato perché il contatto con la propria vulnerabilità porta alla luce quanto di più intimo e personale vi è nell'uomo e allo stesso tempo può diventare un'occasione per incontrare il mistero di Dio (Vanier, 1998).

È fondamentale per questo percepire e tener conto del mondo dei sentimenti. Quando questi infatti sono repressi o ignorati non vengono persi, ma riemergono attraverso somatizzazioni o altre vie che diventano valvole di sfogo. Il corpo paga cioè il prezzo per le difficoltà della persona a gestire in modo costruttivo le proprie emozioni e i propri sentimenti.

Pangrazzi riporta una serie di frasi che esprimono bene i diversi sentimenti con cui il malato affronta la malattia⁴:

castigo: Dio mi sta punendo per errori che ho fatto. Avrò anche sbagliato ma perché Dio continua a perseguitarmi?

Prova: Dio mi ha mandato questa sofferenza per mettere alla prova la mia fede. Dio non manda più di quello che possiamo sopportare

Responsabilità personale: È colpa mia se sono ridotto così. Ho sbagliato e purtroppo non posso tornare indietro

Fatalità: Tutte le disgrazie succedono a me. Era destino...

Maledizione: Qualcuno mi ha mandato il malocchio

Ingiustizia: Perché proprio a me?

Riconoscenza: Poteva andare peggio. Quello che ho io non è niente paragonato a quello degli altri

Scandalo: Non c'è nessuna logica in quello che mi sta succedendo. Non credo più in niente e nessuno

Legge della natura: Non si può pretendere di essere sempre sani. Ognuno ha la sua croce da portare

⁴ Pangrazzi A, *Vivere il tramonto. Paure, bisogni e speranze dinanzi alla morte*, Trento 2006, pp 46-47

Mistero e fiducia: Mi affido a Dio: lui sa ciò che è meglio per me

Opportunità di crescita: Non tutto il male viene per nuocere.

Sublimazione: Dio si serve del dolore per santificarmi. Offro le mie sofferenze per quanti non credono

Nelle condizioni di malattia la persona sperimenta in modo del tutto particolare la portata delle proprie emozioni che possono sovraccaricarlo. Essa è chiamata inoltre ad adattarsi ad una condizione che può essere molto difficile da accettare e che può ravvivare sentimenti di inadeguatezza.

L'emozione più naturale dinanzi alla malattia è ovviamente la paura che normalmente aiuta la persona a difendersi dai pericoli e cercare aiuto e solidarietà. Quando la sofferenza bussa alla porta della propria vita e si prova paura lo stato d'animo che si evidenzia è quello dell'ansia che può giungere anche a livelli molto forti sfociando talvolta in attacchi di panico. Quando l'ansia è molto forte vi possono essere delle conseguenze negative in quanto la paura può paralizzare la persona, diventare permanente indecisione, logorare l'energia psichica, trasformarsi in chiusura o diffidenza, generare insoddisfazione.

Vi sono tanti tipi di paura che il malato può vivere: la paura del dolore fisico, dell'ignoto, del giudizio, della separazione dai propri cari, della dipendenza, del sentirsi di peso, dello sfiguramento o del degrado fisico, della perdita di controllo mentale o fisico, della solitudine, del sentirsi inutili e dell'essere dimenticati e abbandonati, del dover lasciare i propri cari a se stessi.

A queste ansie si accompagnano tante reazioni che possono trasformarsi in un dolore profondo e divorante e attivare dei meccanismi psicologici volti a far fronte alla nuova situazione che vengono anche chiamati "meccanismi di difesa" e che possono diventare disadattivi. I meccanismi di difesa sono una modalità automatica attraverso la quale la persona reagisce di fronte a

preoccuparsi e talvolta ad essere presa totalmente dagli alti e bassi dell'andamento della sua malattia e degli eventi quotidiani connessi con la propria salute. La domanda spontanea che quasi sempre facciamo al malato: «Come stai?» se da una parte può essere uno stimolo utile a far parlare e sfogare il malato, a lungo andare, diventa come un catenaccio che lo chiude nella propria esperienza e lo costringe a dire e ridire la propria storia, talvolta contro il suo desiderio. Può essere utile per questo, laddove è possibile, anche far partecipare il malato del mondo più ampio: molti sofferenti sono contenti di ascoltare e parlare a proposito delle cose che avvengono al di fuori della loro casa. In questo modo si cerca di lenire quella sensazione di essere fuori dal mondo e di non essere partecipe della vita degli altri. Ciò non vuol dire appesantire o angosciare il malato con le sofferenze del mondo ma farlo partecipe del nostro modo di vivere e sentire la nostra debolezza e mortalità come approfondimento della comunione con Dio e con gli altri.

Riporto qui una breve sintesi pratica, suggerita da Pangrazzi, degli errori da evitare e dei comportamenti da assumere nei confronti dell'ammalato e della sua famiglia¹⁹.

Alcuni errori da evitare

- *Assumere espressioni tristi e di commiserazione:* chi soffre non chiede pietismo ma serenità
- *Confinare la conversazione all'orizzonte dei problemi fisici:* la persona è più del suo corpo e ha bisogno di allargare lo sguardo sugli altri secondo risvolti esistenziali e spirituali
- *Non aiutare l'ammalato ad affrontare la realtà ma riempirlo di bugie o cambiare argomento ogni qualvolta si tocca un tasto delicato:* "Non pensare a questo, cerca solo di dormire"
- *Contrastare i disappunti del malato senza accoglierli prima*
- *Giudicare i sentimenti del malato:* "non dica così"

¹⁹ Cfr Pangrazzi A., *Vivere il tramonto. Paure, bisogni e speranze dinanzi alla morte*, Trento 2006, pp. 131-136

Stare accanto a colui che soffre e particolarmente al morente significa partecipare a questa lotta della fede. È una presenza e una lotta che non si possono fare da soli. Prima che ce ne accorgiamo la disperazione e l'angoscia del sofferente diventano nostre e rischiamo di essere vittime degli stessi poteri che combatte il malato che vogliamo aiutare. Ci possiamo lasciare sopraffare da sentimenti di impotenza, di solitudine, di dubbio e anche di colpa, legati al nostro desiderio più o meno inconscio che tutto finisca presto.

Nel messaggio che possiamo rivolgere al malato non occorre per questo tanto difendere per es. la religione o i nostri convincimenti, ma far emergere e valorizzare il travaglio interiore che questi vive e mettersi in ricerca con lui di un cammino per affrontare insieme il suo dolore.

Per questa ragione è utile non squalificare le emozioni dell'ammalato o di metterle a tacere con frasi convenzionali del tipo: "Non si preoccupi", "Non è niente", "Vedrò che le passerà". Questo tipo di frasi infatti confinano il paziente nell'isolamento interiore e, senza volerlo, finiscono per cooperare a far sentire l'ammalato come un bambino. È importante quindi prima di tutto accogliere le reali preoccupazioni dell'ammalato magari immotivate ma pur sempre reali, i suoi bisogni e le sue effettive difficoltà. Solo dopo questa accoglienza è possibile, aiutare la persona ammalata a rielaborare le sue emozioni e a trovare una visione più realistica e più confortante¹⁸. Il primo incontro con l'ammalato dovrà essere per questo scevro da atteggiamenti di invadenza, di autoimposizione o di fagocitamento.

È importante condurre l'ammalato a prendere coscienza del compito che ha ancora nella comunità ecclesiale e l'orizzonte di sacrificio in cui può porre il suo soffrire - anche se ciò non sempre è facile da capire - e aiutare a comprendere. La malattia infatti, specialmente quella terminale, tende generalmente a restringere l'orizzonte delle prospettive della persona. Questa infatti tende a

qualcosa che reputa e sente come profondamente avverso. Per questo può essere molto utile conoscere e capire la loro funzione.

Abbiamo vari livelli a cui corrispondono dei meccanismi di difesa con cui la persona affronta i conflitti emozionali o i fattori stressanti interni ed esterni. Si va da un alto livello di adattamento normale a livelli più disfunzionali. Cerchiamo di illustrarne solo alcuni⁵:

Alto livello adattivo:

affiliazione: la persona si rivolge agli altri per aver aiuto o supporto. Ciò comporta la possibilità di condividere i problemi con gli altri senza tentare di scaricare su di loro le responsabilità per tali problemi.

sublimazione: l'energia psichica non viene repressa, ma spostata e indirizzata verso forme più accettabili che per la persona hanno un valore (per es. l'arte e la religione)

altruismo: la persona si interessa anche degli altri talvolta dedicandosi ai bisognosi. Essa riceve in questo modo gratificazione tramite la risposta che riceve dagli altri e va oltre in qualche modo la propria sofferenza cercandone un senso più profondo e considerandola un'occasione per dare maggiore valore alla vita e alle relazioni.

ironia: la persona mette in rilievo gli aspetti divertenti o ironici della propria condizione.

auto-affermazione: la persona riesce ad esprimere i propri sentimenti e pensieri in modo diretto, senza però manipolare coloro che lo accudiscono.

¹⁸ Cfr Andretto U., Baldo M., *Psicologia e malato*, Torino 1994, p.103

⁵ Cfr American Psychiatric Association, *DSM IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision*, Milano 2001, Masson, pp. 855-861

Livello delle inibizioni mentali (Formazioni di compromesso)

Rimozione: il soggetto espelle i desideri, pensieri, o esperienze disturbanti dall'area della consapevolezza cosciente. La componente affettiva può rimanere consapevole, distaccata dalle idee che vi sono associate. Pensieri ansiogeni, ricordi spiacevoli o stati d'animo insopportabili confinati in questo modo nell'inconscio possono riemergervi attraverso il linguaggio dei sogni. Anche l'amnesia o dimenticanze momentanee possono riflettere un disagio o un bisogno di impedire l'affiorare di determinate emozioni.

Regressione: il malato regredisce ad una fase infantile ed assume atteggiamenti di dipendenza per ottenere l'attenzione degli altri. Un anziano può rifiutarsi di mangiare se non è imboccato da una certa persona e un depresso può dormire tutto il giorno, rinunciando alla sua responsabilità di lottare per la salute. Nella regressione l'individuo si rende impotente e vede gli altri come figure materne che devono prendersi cura di lui. In forma lieve e transitoria è un meccanismo del tutto naturale e adattivo

Somatizzazione: spesso l'impossibilità o incapacità di esprimere le proprie emozioni - che può trasformarsi in una vera e propria difficoltà o incapacità ad esprimersi (alessitimia)⁶ - può avere delle ripercussioni sulla salute e interessare organi spesso collegati con funzioni primarie come stomaco, intestino, testa: a queste parti è come chiesto di "negoziare" ed esprimere il malessere.

Compensazione: il malato compensa con la fantasia il senso di frustrazione causato dalla sua malattia immaginando situazioni in cui l'infermità non esiste più. L'immaginazione diventa così un rifugio

Livello del disconoscimento

Negazione: il malato si rifiuta di riconoscere certi aspetti dolorosi della realtà di per sé evidenti e facilmente rilevabili. Si tratta

⁶ Cfr Solano L., *Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*. Milano 2001, pp. 199-229

siamo convinti anche per esperienza di ciò, se noi stessi non abbiamo ancora imparato a soffrire e a dare un senso a tale esperienza¹⁶.

Il contatto con il sofferente e il morente, la condivisione della sua esperienza, se da una parte ci fanno esperire la gioia e la pace di un'esperienza di comunione, di un'esperienza della presenza di Cristo, dall'altra risvegliano in noi le ferite, le paure e i dubbi che ci portiamo dentro. Si risveglia la vulnerabilità e la sensibilità più profonda che i nostri sistemi di difesa allentati dalla comunione portano a far emergere: amare infatti vuol dire diventare vulnerabili!

Si tratta della scoperta del nostro mondo di tenebra nascosto spesso anche a noi stessi. È questa l'occasione che Cristo ci dona attraverso il sofferente di accettare di poter guardare dentro di noi e scoprire chi siamo. Può essere questo un momento importante per la nostra vita, un passaggio cioè verso l'unità e integrazione interiore in Cristo: una traversata spirituale che ci farà rinascere in spirito e verità.

Un passo importante è scoprire che non siamo diversi da coloro che cerchiamo e vogliamo servire: anche noi siamo feriti come loro! Sale anche nel nostro cuore il grido di angoscia che è stato soffocato finora ed è a questo grido che risponde Dio mandando a noi il Consolatore, il Paraclito: colui che risponde al grido, come una madre che prende tra le braccia il figlio che grida. Scrive Jean Vanier a questo proposito: «*non possiamo conoscere l'incredibile misericordia e l'amore di Dio se non accettando di scendere al fondo della nostra miseria e di là, gridare verso di lui. Allora risponderà: «Eccomi, mio amato», ci prenderà tra le sue braccia e ci stringerà a lungo*»¹⁷.

¹⁶ Scriveva Frankl: "Solo chi è personalmente convinto che anche la vita di una persona affetta da piccolo male può avere un senso ed è testimone che tale senso è stato portato alla sua pienezza, seppure una sola volta, può rendere credibile una tale realizzabilità ad un altro malato che incontrerà. Egli solo può scoprire le possibilità di senso racchiuse nella vita e nella sofferenza dell'altro e risvegliare in lui la volontà di senso" (Frankl V. E., *Homo patiens. Soffrire con dignità*, Brescia 1998, p 81)

¹⁷ Vanier J., *Il corpo spezzato. Il ritorno alla comunione*, Milano 1990, p 94

“ricette” o utilizzando semplicemente delle frasi comuni. Tutto inizia quindi dal saperci mettere in ascolto e dall’aprire i nostri occhi e il nostro cuore a chi ci troviamo dinanzi.

Per questo occorre partire da una profonda e, allo stesso tempo, discreta osservazione del malato per poter cominciare a comprenderlo meglio. Il volto, gli occhi, i capelli, l’ambiente intorno, i volti e gli atteggiamenti dei familiari e talvolta anche dei semplici oggetti disposti sul suo comodino, come per es. una fotografia o un libro, possono già offrire degli indizi sul vissuto del malato e sul suo mondo interiore.

Anche solo la vicinanza può trasmettere calore e diventare la strada che ci avvicina al cuore del malato quando diventa presenza affettuosa, sensibile e accogliente. Il calore si trasmette attraverso il tono della voce, adattandolo alle esigenze delle persone, e attraverso la comunicazione non verbale che si esprime in gesti, quali una stretta di mano, una carezza, un abbraccio, a seconda delle necessità suggerite dalle circostanze.

Nel momento in cui desideriamo portare un aiuto a qualcuno occorre ricordarci che ciò potrà avvenire nella misura in cui abbiamo raggiunto innanzitutto in noi stessi una certa integrazione personale, ci siamo lasciati guarire dal Signore e crediamo nella sua reale presenza. «Solo chi si sperimenta come persona, come totalità che possiede un senso, può capire altre persone»; se no «ci rinchiudiamo nella prigione della nostra particolarità; gli altri ci diventano un enigma oppure, ancora peggio, li modelliamo a nostra immagine e distorciamo così la verità». Quanto più un essere umano ha trovato il proprio "se stesso", tanto più può diventare un "maestro di comprensione" e quindi di amore ¹⁵. Non possiamo aiutare la persona malata a cercare un senso al suo dolore se prima noi non

di un meccanismo per proteggere la persona dall’angoscia collegata con eventi o sentimenti molto intensi. La negazione è una specie di anestesia, parziale o totale, che permette all’individuo di continuare a funzionare come se niente fosse successo. Per es. si palesa una calma che maschera l’ansia di fondo.

Razionalizzazione: il malato nasconde le vere motivazioni dei propri pensieri, azioni o sentimenti tramite l’elaborazione di spiegazioni rassicuranti e utili a sé, ma fuorvianti

Livello di azione

Lamentele con reiezione dell’aiuto degli altri: il soggetto si lamenta o fa richieste di aiuto che sono in contrasto con i suoi sentimenti profondi di rabbia, i quali si manifestano col rifiuto dei consigli, suggerimenti, o forme di aiuto che gli altri possono offrire.

A questo punto ci chiediamo: «Come gestire questi meccanismi di difesa?». Occorre tenere ben presente innanzitutto che i meccanismi di difesa vanno compresi per cogliere la portata delle emozioni vissute dalla persona e le modalità con cui essa vi reagisce, ma occorre stare molto attenti a non rivelarli o smantellarli semplicisticamente in quanto essi possono rappresentare in molti casi un’ancora di salvezza e un rifugio di cui la persona potrebbe necessitare pena lo sprofondamento nell’angoscia da cui potrebbe non uscirne più! Ciò che è quindi necessario è piuttosto esplorare con il malato stesso e con i suoi familiari le modalità più adeguate per affrontare la situazione legata alla malattia.

Un aiuto certamente importante sarà condurre l’ammalato a gestire ed esprimere nel modo migliore le proprie emozioni. Generalmente una rielaborazione positiva dei sentimenti e delle emozioni necessita di un percorso interiore volto ad una comprensione di ciò che si vive dentro e ad affrontare i pensieri disfunzionali che possono falsare il nostro modo di valutare ciò che viviamo (Ellis, 1962). Possiamo sintetizzare alcune tappe di tale processo:

¹⁵ Cfr Wolff H., *Gesù psicoterapeuta. L’atteggiamento di Gesù nei confronti degli uomini come modello della moderna psicoterapia*, Brescia 2003, p.18

Consapevolezza: il primo passo consiste nel prendere atto di sentire una determinata emozione e darvi un nome. In questo modo è possibile rendersi conto meglio del bagaglio emotivo che si porta dentro così da poterlo meglio gestire.

Comprensione: è importante cercare di risalire alle cause che possono aver generato una determinata emozione.

Accettazione: l'ostacolo maggiore è quello di giudicare i sentimenti. È a questo livello che scattano infatti quei meccanismi di difesa che impediscono di gestire le emozioni. L'accoglienza dei sentimenti aiuta invece ad essere sinceri con se stessi e a ritrovare quindi il significato dei propri legami e valori. Qui è importante l'aiuto da offrire all'ammalato volto ad accogliere l'espressione delle sue emozioni e a contenerle senza giudicarle.

Espressione: le vie normali dell'espressione dei propri sentimenti sono quella verbale, quella non verbale e quella del comportamento. Utilizzare solo una di tali modalità per comunicare i propri sentimenti può essere un forte svantaggio e portare a delle conseguenze sulla stessa salute (Solano, 2001).

L'integrazione: guidati dalla ragione e illuminati dai valori personali i sentimenti possono diventare una fonte vitale importantissima soprattutto per chi soffre.

che vive del sacrificio eucaristico. Si tratta in questo caso di una risposta ad una chiamata: *“È una vocazione. Cristo non spiega in astratto le ragioni della sofferenza, ma prima di tutto dice «Seguimi!». Vieni! Prendi parte con la tua sofferenza a quest'opera di salvezza del mondo, che si compie per mezzo della mia sofferenza! Per mezzo della mia Croce”*¹⁴. In questo modo potrà essere possibile realisticamente superare il senso di inutilità che porta con sé ogni dolore.

All'ombra di una vita che va spegnendosi può accendersi una spiritualità delle piccole cose che valorizza ciò che normalmente appare scontato. Quando le speranze di guarire diventano sempre più lontane e si affaccia la possibilità della morte emergono nella persona dei bisogni e delle speranze legate alla sua vicenda umana e alla ricerca del senso della propria vita.

Può essere utile ricordare a questo proposito quanto Giovanni Paolo II scriveva nella *Christifideles laici* n. 53, riportando una frase dal messaggio del VII sinodo generale dei Vescovi ai malati: *«Contiamo su di voi per insegnare al mondo intero cos'è l'amore»*. Inoltre il Papa ricordava che *«anche i malati sono mandati nella vigna del signore», “molti malati possono diventare portatori della «gioia dello Spirito santo in molte tribolazioni» (1 Tes 1,6) ed essere testimoni della resurrezione di Gesù»*. Per questo l'ammalato non è solo oggetto di servizio e di sollecitudine da parte della Chiesa ma deve essere considerato come soggetto attivo e responsabile dell'opera di salvezza e di evangelizzazione (cfr. n. 54).

6) L'APPROCCIO ALLA PERSONA SOFFERENTE

Se vogliamo essere discepoli di Gesù nel nostro rapportarci con l'umanità sofferente dobbiamo capire innanzitutto che abbiamo bisogno di tempo per entrare nel cuore delle persone, senza presumere di interpretarne subito i bisogni o suggerendo delle

¹⁴ Giovanni Paolo II, *Salvifici Doloris* n. 26

Questa terza via indica che quando si è impossibilitati a realizzare le prime due vie si comunque realizzare un'altra categoria di valori mediante l'assunzione di un giusto atteggiamento di fronte alla limitazione delle possibilità: i valori di atteggiamento. In tal modo la forzata rinuncia rappresenta un accesso verso quelle possibilità di senso che solo la sofferenza porta in sé. Così Frankl scrive: «*Nel realizzare un significato l'uomo realizza se stesso. Nel portare a compimento il senso del dolore realizziamo ciò che di più umano c'è in noi*»¹².

Per realizzare i valori di atteggiamento c'è bisogno non solo di una capacità creativa e di una capacità di fare esperienza ma anche della capacità di soffrire di cui non siamo attrezzati naturalmente. Per questo Frankl afferma che di fronte all'uomo sapiens va collocato l'«homo patiens»: l'uomo che ha acquisito la capacità e il coraggio di soffrire prendendo posizione dinanzi al proprio destino. L'unica possibilità autentica per affrontare la sofferenza e la morte è dunque quella di trascenderla: «è possibile affrontare la sofferenza e coglierne tutta la portata significativa solo se si soffre per amore di qualcosa e di qualcuno. Cosicché la sofferenza, per essere piena di senso, non può essere fine a se stessa. Altrimenti la disposizione a soffrire e a sacrificarsi si trasformerebbe in masochismo. Una sofferenza ha senso quando è una sofferenza 'per amore di... Mentre la si accetta, non solo la si affronta ma, attraverso di essa, si ricerca qualcosa che non è ad essa identica: la si trascende. Una sofferenza dotata di senso è rivolta sempre al di là di se stessa e rimanda a qualcosa "per il cui amore" si soffre. In una parola: una sofferenza con pienezza di senso è il sacrificio»¹³.

Occorre aiutare per questo l'ammalato a condividere sempre più profondamente la sua sofferenza con quella redentrice di Cristo, con il suo sacrificio d'amore e questo potrà riempire di senso ogni dolore e portare la persona sofferente al centro della vita della Chiesa

¹² Frankl V.E., *La sofferenza di una vita senza senso. Psicoterapia per l'uomo di oggi*. Leumann (Torino) 1992, p. 34

¹³ Frankl V. E., *Homo patiens. Soffrire con dignità*, Brescia 1998, p. 86

3) GLI ATTEGGIAMENTI DEL MALATO

L'atteggiamento è il modo di porsi di una persona – attraverso atti, gesti, comportamenti, o espressioni – dinanzi ad uno specifico ambiente, soggetto o evento. Gli atteggiamenti possono essere influenzati da bisogni soddisfatti o frustrati, stati d'animo rispettati o banalizzati.

Normalmente ogni malato assume una varietà di atteggiamenti e di risposte per far fronte alle varie esperienze che è costretto a vivere come l'ospedalizzazione, una diagnosi infausta, una malattia terminale. Tali diversi atteggiamenti risentono della motivazione individuale, del contesto familiare e professionale e dei valori di riferimento della persona.

Certamente in passato l'atteggiamento nei confronti della malattia era vissuto, rispetto ad oggi, con maggiore rassegnazione e fede, anche se occorre considerare che, soprattutto per certe patologie invalidanti o per gli handicap, erano diffusi un maggiore senso di vergogna e una tendenza a nascondersi.

Oggi troviamo, rispetto al passato, una maggiore conoscenza delle malattie e delle possibili cure, una maggiore fiducia nelle possibilità della scienza e una maggiore partecipazione del malato alle scelte dei medici, ma anche un maggiore senso di ribellione e di impotenza, di solitudine nel dolore. Non è difficile trovare la persone in preda a una forte angoscia dinanzi alla sofferenza e particolarmente quando si percepisce che ormai non ci sarà più guarigione.

La psichiatra Kluber-Ross (1969) ha riscontrato 5 fasi negli atteggiamenti che il malato grave può assumere dinanzi alla possibilità di morire. Tali atteggiamenti corrispondono a delle fasi che si susseguono in modo diverso per ciascuna persona la quale può anche restare bloccata in una di esse. Le fasi descritte sono: negazione, collera, depressione, patteggiamento, accettazione.

Negazione: di solito è la prima reazione di fronte alla percezione o alla notizia che si profila all'orizzonte la possibilità di poter morire. A volte questo atteggiamento persiste fino alla fine. Il malato non vuole cioè guardare in faccia la realtà, relativizzando malesseri fisici e neutralizzando messaggi o informazioni che possono turbarlo.

Collera: di solito questo sentimento del malato è rivolto contro altre persone, in particolare verso i familiari e ciò scatena in loro sensi di colpa, dolore e vergogna. La malattia è percepita in questa fase come un'ingiustizia immeritata e vengono scelti dei bersagli verso cui rivolgere la propria collera verbalmente o meno.

Depressione: in un primo momento si tratta di una depressione reattiva (per es. risposta alla perdita di autonomia), in un secondo momento si passa ad una depressione preparatoria, nella quale la persona comincia ad essere consapevole dell'avvicinarsi della morte.

Patteggiamento: la persona entra in trattativa con Dio o con medici o con chi possa essere capace ad aiutarlo a posporre l'inevitabile. Il disappunto è controbilanciato dalla determinazione a vincere il male. Le energie fisiche, psicologiche e mentali vengono canalizzate nello sforzo di superare il problema.

Accettazione: non tutti raggiungono questa fase, che a volte lascia perplessi i familiari, che la vivono come un abbandonare la lotta per la vita. Il malato, da una parte, prende consapevolezza della propria debolezza e vulnerabilità ma, dall'altra, si adopera per vivere al meglio il tempo a disposizione assumendo un atteggiamento attivo e positivo e facendo leva sulle risorse interiori ed esterne.

Pangrazzi aggiunge altre due possibili fasi ⁷:

Rassegnazione: precedente a quella di accettazione: dinanzi all'avversità, a cedimenti evidenti o a ricorrenti difficoltà e problematiche, la persona si demoralizza, assume un comportamento rinunciatario e fatalistico, ed è portata ad arrendersi.

⁷ Pangrazzi A., *Sii un girasole accanto ai salici piangenti. Dialoghi con i malati*, Torino 1999, p. 85

Se il mondo dei valori in cui viviamo ci indica che il benessere è la realizzazione di sé allora la sofferenza assume la portata di umiliazione della qualità dell'esistenza ¹¹. Per questo occorre cercare, con il malato, quei valori che possono motivarlo sia a lottare e sia a trovare un senso nuovo alla sua sofferenza. Sono importanti per questo, oltre ai valori esterni, quali quello della famiglia o dell'amicizia, anche i valori interni quali l'accettazione della propria malattia, la riflessione sulla propria vita, la fede in Dio, la riconciliazione con il proprio passato, la tolleranza per gli inconvenienti, la perseveranza di fronte ai disappunti, la gratitudine per le cure e il sostegno ricevuto, la progettualità, la disponibilità ad affrontare la morte.

Attraverso il dialogo e l'ascolto del malato è importante rilevare tali valori per mobilitarli e metterli al servizio del processo di cura psico-spirituale della persona. Nel caso dei malati è infatti fondamentale per essi ritrovare le motivazioni che ogni giorno li spingono ad affrontare la malattia, a sottoporsi a cure a cercare e trovare un significato più profondo al loro dolore e poterlo "utilizzare" anche per gli altri attraverso la loro testimonianza e la loro preghiera, in una parola attraverso il sacrificio e il dono di sé.

L'aiuto al malato nel suo porsi dinanzi alla malattia e alla possibilità di morte è una ricerca con lui del significato di quanto sta vivendo. Per lo psichiatra Victor Frankl (1984) realizziamo il senso della nostra esistenza, la "inondiamo" cioè di senso, mediante la realizzazione dei valori. Una tale realizzazione è possibile, per Frankl, in tre modi: nella realizzazione di qualcosa che trasformi il mondo, nell'esperienza di qualcosa di bello, di vero e di buono e in una terza possibilità importante: il nostro atteggiamento dinanzi alla sofferenza e alla morte, il modo cioè con cui si affronta e sopporta il proprio destino.

¹¹ Cfr Ufficio e Consulta nazionale CEI per la Pastorale della salute. *Alla scuola del malato. XIV giornata del malato, 11 febbraio 2006*, n. 3

aiutare il malato nella riconciliazione con il proprio passato intriso di ferite, errori e manchevolezze, ma anche di piccole o grandi gioie. Il processo di riconciliazione implica che non prendano il sopravvento il rimorso o il tormento, ma prevalga il sentimento di fiducia nella misericordia di Dio, sorgente di serenità interiore.

In secondo luogo è importante aiutare il malato a prendere coscienza di avere ancora una missione da compiere e forse la più importante. Essere attenti alle speranze umane dinanzi alla morte significa comprendere il bisogno, cosciente o meno, da parte del malato di comunicare i propri sentimenti e pensieri, il desiderio di condividere i propri ricordi, di dare voce ai propri sogni e desideri non realizzati, il bisogno di alleviare il senso di solitudine, l'esigenza di sistemare le cose più urgenti, il perdonare e ricevere perdono, il dire addio ai propri cari.

5) LE MOTIVAZIONI E I VALORI DEL MALATO

Gli atteggiamenti sono fondamentalmente guidati dalle motivazioni e dal mondo dei valori della persona che li sottendono. La motivazione è proprio ciò che spinge la persona ad agire, a prendere iniziative, a misurarsi con le proprie potenzialità e possibilità¹⁰. Se cerchiamo di attivare o riattivare le motivazioni che sono al fondo del cuore e della vita della persona possiamo aiutarla meglio a vivere la propria condizione di sofferenza. La crisi suscitata dalla malattia spinge il malato ad attingere forza dal patrimonio delle proprie risorse e laddove questo gli risulta difficile ecco che necessita di un particolare aiuto. Se i sentimenti mettono a contatto il malato con la sua vulnerabilità, i valori sono dei punti forti a cui aggrapparsi e a cui fare un rinnovato riferimento.

¹⁰ Pangrazzi, per descrivere il concetto di motivazione utilizza l'immagine della benzina che accende il motore della nostra vita. (Pangrazzi A., *Sii un girasole accanto ai salici piangenti. Dialoghi con i malati*, Torino 1999, p. 119)

Disperazione: lo sconforto dinanzi ad una malattia che non ha via d'uscita, la sensazione di essere di peso agli altri o di non poter sopportare ulteriormente il disfacimento del proprio corpo, può portare all'abbandono di ogni speranza e al rischio di suicidio.

4) PRINCIPALI PROBLEMATICHE VISSUTE DAL MALATO

Dipendenza e regressione

Una delle maggiori sofferenze interiori lamentate dai malati è quella di sentirsi dipendenti. La perdita dell'indipendenza contribuisce ad un indebolimento dell'immagine della dignità personale e il disagio è maggiormente avvertito quanto più l'ammalato ha vissuto in passato il senso di autonomia e di autosufficienza⁸. Aiutare l'ammalato in questo caso significa recepire la frustrazione causata dallo stato di dipendenza e, al tempo stesso, proporre un percorso in cui si prenda coscienza della propria dignità legata all'essere persona, al suo valore intrinseco e non tanto alla sua attività o alle sue funzioni.

Si tratta di trovare quindi le modalità per vivere una dipendenza senza che questa umili o annichisca la persona e senza che sia vissuta come una regressione psicologica. Questa può far emergere infatti nel paziente vissuti dell'infanzia relativi al rapporto con i propri genitori. I parenti che assistono, il medico o l'infermiera o la badante possono diventare immagini sfocate dei propri genitori e innescare nell'ammalato degli atteggiamenti di dipendenza e di pretesa che conducono a cercare ciò che non si è ottenuto nell'infanzia in risposta ad un forte bisogno di accudimento e di attaccamento. Un esempio di tale regressione è la "lotta" con il cibo: l'ammalato può essere sempre scontento di ciò che gli viene

⁸ Cfr Pangrazzi A., *Creatività a servizio del malato*, Torino 1990, pp. 60-61

preparato o richiede una porzione più abbondante o si rifiuta di mangiare⁹.

L'esperienza della dipendenza può però anche diventare una possibilità per entrare nel mistero della dipendenza vissuta da Gesù e che apre uno spiraglio sul nostro essere figli di Dio. In effetti la nostra vita si svolge come tra due infanzie: quella di quando siamo piccoli e dipendiamo in tutto prima dalla nostra mamma e poi da entrambe i genitori e la seconda quando impariamo a vivere in dipendenza da un altro che è il Padre dei cieli. Gesù ci dà un esempio di questo percorso verso la seconda infanzia. Il suo fu un cammino dalla mangiatoia alla croce. Egli scelse di morire come la vittima passiva delle azioni e delle decisioni degli altri e il verbo "consegnarsi", che egli utilizza per parlare della sua passione, lo dimostra. In particolare egli indica a Pietro che la via per poterlo seguire si concluderà con un lasciarsi condurre affidandosi alle mani e alle cure di altri (Gv 21,18s).

In questa luce può essere utile aiutare l'ammalato ad inserire il suo essere di fatto dipendente dagli altri nella dipendenza divina vissuta da Gesù portandolo così ad entrare in un modo molto più ampio di vivere: mentre la dipendenza dalle persone vissuta solo come regressione porta infatti ad una condizione di costrizione della propria personalità e di non crescita, la dipendenza dal Padre celeste porta al raggiungimento del nostro essere figli di Dio e alla piena statura dell'uomo e della donna spirituali e quindi alla libertà. In questa luce è più facile prendere coscienza che la nostra debolezza e mortalità, più di altre cose, ci conduce alla comunione con Dio e alla solidarietà con gli altri (Nouwen, 1994).

Depressione e confronto con la morte

La malattia viene spesso vissuta come perdita e la reazione che ne può seguire è uno stato depressivo che può sfociare in un vero

⁹ Cfr Sandrin L., Brusco A., Policante G., *Capire e aiutare il malato*, Torino 1989, pp. 35-41

e proprio disturbo di depressione. Ciò può avvenire soprattutto nelle malattie croniche, invalidanti o mortali. A volte la depressione è leggera e possiamo notare dei sintomi di appiattimento emotivo o una forma di disinteresse e di indifferenza verso il mondo esterno. Altre volte possiamo riscontrare il pianto, una forte tendenza all'isolamento e la presenza di sensi di colpa. L'atteggiamento passivo di fronte alla malattia certo non aiuta l'ammalato a collaborare con l'azione terapeutica dei medici (compliance) e possiamo trovare degli ammalati che hanno ormai rinunciato a lottare. In questi casi la depressione è caratterizzata da sentimenti di disperazione, impotenza, frustrazione.

Dinanzi al pensiero della morte noi tutti vogliamo restare attaccati a quanto ci rimane e proviamo un'impotenza che può sfociare in un sentimento di reiezione e di abbandono. È questa in definitiva la paura di essere rifiutato o lasciato solo; di essere considerato un peso o una seccatura; di essere considerato inutile. È la profonda paura della fine di ogni cosa, la fine di ogni comunicazione, dell'estremo abbandono. Quante volte ci sentiamo dire da un malato grave di sentirsi «finito». La sua sofferenza più grande infatti viene dal perdere contatto con la coscienza di essere amati e dal pensare se stesso come una presenza inutile. Prendersi cura dei malati significa prima di tutto aiutarli a superare la tentazione del rifiuto di sé, dell'essere inghiottiti da un oscuro nulla e quindi di sentirsi abbandonati anche da Dio. Prendersi cura delle persone morenti significa per questo essere presenti mentre combattono una lotta: la lotta per la resa della propria vita a Dio!

Senso di colpa e ritorno del passato

Il tempo passato in immobilità, da soli, il sentimento dell'approssimarsi della fine, favoriscono il ricordo di eventi passati e, con questi, dei dolori vissuti e sepolti nel passato, dei rimorsi, dei sensi di colpa, delle nostalgie. Una profonda malinconia può invadere l'animo dell'ammalato che può sprofondarsi in uno stato depressivo da cui è difficile uscire. Per questa ragione è importante