

Desiderio di morte nel paziente oncologico alla fine della vita: analisi delle funzioni compensatorie e dei fattori correlati

ANDREA BOVERO, IGOR GRAZIATO, PAOLO LEOMBRUNI, RICCARDO TORTA

Summary - DESIRE OF HASTENED DEATH IN TERMINAL CANCER PATIENT: ANALYSIS OF COMPENSATIONS AND FACTORS ASSOCIATED. The objectives of the study are to examine the desire of hastened death and the euthanasia request in terminal cancer patients, to identify factors associated with hastened death and to analyze it as a compensation. One hundred and thirty patients admitted to the Hospice Valletta in Turin have been subjected to a short semi-structured interview designed to assess thoughts of death, and to the following Rating Scales: Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Visual Analogue (VAS) – which assesses painful symptoms – and the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp). The study has shown significant associations between HADS and VAS and between HADS and FACIT-Sp. Furthermore, the desire of hastened death was significantly associated with a poor functional status, pain, depression, spirituality and with the perception of being a burden for others. This study has shown how physical, psychological and existential distress factors are associated with the desire of death in terminal cancer patients. At the end of the life the desire of hastened death could represent an extreme attempt to free himself from distress and to affirm himself against the illness.

Keywords: DESIRE OF HASTENED DEATH, EUTHANASIA, END OF LIFE

I. Introduzione

Negli ultimi anni la letteratura, nel contesto delle cure palliative, ha posto attenzione alla frequenza dell'ideazione suicidaria in persone affette da malattie a prognosi infausta giunte al termine della vita, espressa sia come desiderio di morte anticipata, sia come vera e propria richiesta di essere aiutati a morire [14].

Nello scenario collettivo, l'intento suicida di una persona prossima alla morte, è divenuto luogo di scontro tra diverse posizioni cliniche e valoriali. Numerose persone considerano il suicidio una scelta razionale e giustificabile nei pazienti con cancro negli ultimi giorni della loro vita poiché afflitti da un dolore fisico insopportabile e da una sofferenza percepita come inutile perché non finalizzata ad una guarigione [17].

Opposta a questa vi è la posizione di chi vede nell'ideazione suicidaria di un morente sia un modo per comunicare i profondi bisogni ed emozioni attivati dalla perdita di illusione della propria "immortalità", sia l'esito di un insuccesso nel sistema di cure offertogli [7].

La dinamica inferiorità e compensazione, concetti fondamentali nella teoria adleriana, ha un ruolo centrale nell'esistenza umana. In generale, per quanto riguarda l'inferiorità ci si riferisce alla limitatezza, alla dipendenza e alla precarietà della vita e quindi riguarda essenzialmente la finitudine e la mortalità dell'essere vivente; mentre la compensazione è tutto ciò che permette ad un organismo vivente di adattarsi al suo ambiente e di sopravvivere. La finitudine umana si

accompagna sempre a una naturale tensione creativa volta al superamento dei limiti. «E' un sentimento minaccioso di malsicurezza e inferiorità, sentimento che fa sorgere il desiderio irresistibile di trovare una meta atta a rendere sopportabile la vita, dandole una direzione, fonte di calma e sicurezza» (1, p. 14).

Nel processo di adattamento interviene la volontà di potenza che, non tollerando lo stato di inferiorità, cerca di porvi rimedio, servendosi di espedienti capaci di aggirarlo, di superarlo o di negarne addirittura l'esistenza. E' in questo modo che, prendono corpo le compensazioni, ossia quei meccanismi per mezzo dei quali la volontà di potenza si propone di contrastare, aggirare o annientare l'inferiorità: «Secondo la Psicologia Individuale, la volontà di potenza è la forza motrice, propria della natura umana, che influisce come fattore basilare sulla vita psichica di ogni individuo, indirizzandolo, a livello conscio o inconscio, verso una finalità di elevazione e di affermazione personale» (12, p. 220).

In questo contesto si vuole porre attenzione agli angoscienti vissuti di inferiorità in cui si trova il paziente oncologico e alle difficili compensazioni cui si trova mettere in atto. Il morente, spesso, si sente completamente impotente, inferiore, vittima di un evento che lo domina e lo mette in scacco, in cui non può fare assolutamente nulla, se non a volte, lasciarsi invadere da un desiderio di morte.

Scopo di questo studio è di esaminare il desiderio di morte anticipato e la richiesta di eutanasia nei pazienti oncologici terminali ricoverati presso un hospice e di analizzarne i fattori correlati.

II. Materiali e metodi

Centotrenta pazienti ricoverati presso l'hospice Vittorio Valletta di Torino, sono stati inclusi nello studio. I pazienti dovevano avere un'età maggiore di 18 anni, un'aspettativa di vita non superiore ai 4 mesi, un Karnofsky Performance Status ($KPS \leq 40$), non presentare disturbi cognitivi ($MMSE \geq 19$) e non evidenziare gravi disturbi psichiatrici secondo i criteri del DSM-IV-TR.

Alla visita di reclutamento viene eseguito un assessment diagnostico da uno psicologo clinico: una diagnosi categoriale (DSM-IV-TR), una diagnosi psicostrutturale (problematiche specifiche, meccanismi di difesa, organizzazione di personalità) e un inquadramento psicosociale e relazionale.

Il campione è stato poi sottoposto ad alcune Rating Scales: la Scala Analogica Visiva (VAS) [16] che valuta l'intensità del dolore percepito, l'Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) [18] che valuta la presenza di disturbi emozionali e la Functional Assessment of

Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp) [13] che analizza la spiritualità. Infine ai pazienti viene somministrata un'intervista semi-strutturata in cui viene valutata la presenza di pensieri di morte che vengono classificati come (assenti, sottosoglia e presenti).

Se l'ideazione suicidaria è giudicata presente, al paziente viene posta una domanda aperta sul desiderio di morte al fine di analizzare i fattori ad esso correlati ("Posso chiederle i motivi per cui lei ha questi pensieri"?). Le risposte dei pazienti sono state registrate in modo descrittivo. Successivamente al paziente viene chiesto il suo parere sulla richiesta di eutanasia ("Chiederebbe ad un membro dello staff medico di abbreviare la sua vita"?). Le risposte sono state valutate come 1 (no), 2 (sì).

Analisi statistica

I dati sono stati analizzati utilizzando SPSS software (SPSS 17.0; SPSS Inc., Chicago Ill.). La statistica descrittiva (frequenza, media, deviazione standard) è utilizzata per analizzare il contenuto dei motivi della ideazione suicidaria. Il coefficiente di correlazione (Bravais-Pearson) e l'ANOVA sono utilizzate per analizzare l'associazione tra le variabili.

III. Risultati

Campione

Dal gennaio 2010 al marzo 2011, 130 pazienti sono stati ricoverati all'hospice Vittorio Valletta di Torino. Trenta di questi pazienti furono esclusi dallo studio: 27 a cause della gravità delle condizioni cliniche e 3 si rifiutarono. La media di sopravvivenza dopo l'assessment iniziale è stata di $25 \pm 1,8$ giorni (mediana 21 giorni). La media del Karnofsky Performance Status è di $33 \pm 6,29$.

Dolore

Il campione evidenzia alla VAS un punteggio medio pari a 5,34 (SD=2,24)

Ansia, depressione

Il punteggio medio alla HADS era di 14,86 (SD=2,7) per l'ansia e di 14 (SD=3,7) per la depressione. Lo screening dei pazienti evidenziava che l'81% del campione evidenziava una morbilità psicologica per l'ansia e il 68% per la depressione (cut-off \geq 8).

Spiritualità

L'analisi della spiritualità ha evidenziato un punteggio medio alla Facit-Sp totale pari a 21,70 (SD=9,94), alla sottoscala Facit-Sp (Fede) di 6,22 (SD=4,36) e alla Facit-Sp (Significato/Pace) di 15,48 (SD=4,95).

Intervista semi-strutturata

Durante l'assessment il 22% del campione manifestava la presenza di pensieri di morte. Nessuno dei soggetti aveva compiuto un tentativo di suicidio. Durante l'intervista i fattori maggiormente presenti con l'ideazione di morte erano: la presenza di distress fisico (7 persone), il distress psicologico (4 persone), la mancanza di un significato esistenziale (4 persone), il sentirsi un peso (3 persone) e la stanchezza di vivere (4 persone). Le spiegazioni fornite dai pazienti rispetto al distress fisico era la presenza di dolore (6 persone) e la dispnea (1 persona), rispetto al distress psicologico era la presenza di ansia, di paura rispetto all'evoluzione della malattia (2 persone) e una certa incertezza rispetto al futuro (2 persone) e rispetto alla stanchezza di vivere era l'elevata presenza di astenia (2 persone) e la perdita di autonomia (2 persone). Tra i 22 soggetti che avevano manifestato un'ideazione di morte, 7 persone espressero un interesse nel richiedere l'eutanasia.

Analisi Univariata

Dai nostri dati emerge una correlazione positiva tra il punteggio ottenuto alla VAS ed il punteggio ottenuto alla HADS-depressione ($p < .001$) e alla HADS totale ($p < .001$).

Inoltre è stata evidenziata una correlazione negativa statisticamente significativa tra la FACIT-Sp totale, la HADS-totale e la HADS-depressione ($p < .001$).

Infine si sono osservate relazioni statisticamente significative tra la presenza di pensieri di morte, un basso livello di KPS ($p < .001$), il dolore ($p = 0.015$), la depressione ($p < .001$), la spiritualità ($p < .001$) e il sentirsi un peso per gli altri ($p = 0.002$).

IV. Discussione

L'obiettivo di questo studio era di analizzare la presenza di pensieri di morte accelerata e la richiesta di morire nei pazienti oncologici ricoverati presso l'hospice Vittorio Valletta di Torino e di analizzare i fattori implicati nell'ideazione suicidaria al termine della vita.

I risultati hanno evidenziato come la presenza di un'ideazione suicidaria e di richieste di eutanasia sia presente tra pazienti oncologici terminali. Inoltre i nostri risultati mostrano che fattori clinici, psicologici ed esistenziali sono fattori associati con l'ideazione suicidaria.

Secondo il modello adleriano, il possedere degli organi inferiori intacca la vita psichica in quanto diminuisce il proprio concetto di sé ed aumenta il naturale senso di inferiorità: infatti ogni individuo sperimenta fin dall'inizio della sua vita una sensazione di inferiorità, derivata dalla sproporzione tra le sue capacità e la grandezza delle esigenze esterne. Quando a questo senso di malsicurezza si aggiungono difficoltà organiche o ambientali, si produce ciò che

Adler chiama “predisposizione alla nevrosi” [2]: nelle fasi finale della vita, molte volte il paziente oncologico, sopraffatto dalla consapevolezza dell’insufficienza delle proprie forze e capacità, si rinchioda in se stesso, oppure reagisce ingaggiando un’inutile lotta con il mondo.

Dall’analisi dei dati si è evidenziato che tra i fattori biomedici, il performance status sarebbe il fattore maggiormente associato al desiderio di morte accelerata, seguito dal dolore fisico. Infatti il debole funzionamento fisico, la progressione della malattia, il dolore influenzerebbero negativamente il desiderio di continuare a vivere nei pazienti oncologici terminali, sviluppando sentimenti di disperazione (hopelessness) e di desiderio morte [10].

Le condizioni di inferiorità somatica, in una malattia oncologica avanzata, aggravata talora da carenze affettive, generano vissuti di inadeguatezza che possono diventare complessi di inferiorità quando le modalità del sentimento di inferiorità sono scompenstate fino a causare notevole sofferenza all’individuo, favorendo conflitti psicologici interni, orientati verso una valutazione negativa del sé corporeo, di confronti al basso verso i coetanei, di condotte di evitamento e di crollo dell’autostima [4]. L’uomo viene al mondo con dei « Sentimenti di inadeguatezza [...] rispetto alle prove che la vita impone» (3, p.411), ossia di una carenza sia nei confronti degli altri, sia nei confronti della propria permanenza nel mondo. Pertanto emerge una visione dell’uomo che mette al centro dell’attenzione, l’ontologica insufficienza dell’individuo a se stesso e la necessità di considerare una visione globale dell’insieme uomo, inteso come individuo indivisibile e l’esigenza di considerarlo all’interno delle relazioni che egli intrattiene.

Adler afferma che la struttura psichica può compensare non solo il sentimento di inferiorità, ma anche un’inferiorità organica reale: «L’esistenza di un organo inferiore impone sia alle condotte nervose corrispondenti, sia alla sovrastruttura psichica uno sforzo che deve essere atto alla produzione, da parte di quest’ultima, di una compensazione, nel caso che questo sia possibile. In tal caso i legami, che creano una comunicazione tra l’organo inferiore ed il mondo esterno, devono trovare un rinforzo nella sovrastruttura. All’organo visivo, affetto da inferiorità originale, corrisponde una visione psichica rinforzata» (2 , p. 78).

Il paziente, avvertendo la limitatezza della propria condizione, reagisce creando in modo compensatorio dei mondi infiniti, nei quali poter spaziare e agire come se si conoscessero tutte le costanti e tutte le variabili in campo. L’uomo si serve delle finzioni per muoversi nel mondo con l’impressione di poterlo padroneggiare. Di fronte all’incognita di un futuro breve, vissuto e percepito come doloroso, il morente avverte l’esigenza di delimitarlo, di prevederlo. L’organo psichico, quindi, non solo dispone di capacità tali da fargli costantemente

costruire ponti di collegamento concettuale col reale, ma è in grado di pre-sentire attraverso l'immaginazione ciò che potrebbe riservargli l'avvenire [8].

In molti casi il desiderio di morte, potrebbe rappresentare un'estrema difesa compensatoria da un'insopportabile sofferenza, la liberazione dall'angoscia, l'affermazione di se stessi sul male, la manifestazione di un ultimo controllo che il morente può esercitare, un modo per attirare l'attenzione su di sé, un tentativo di manipolazione della famiglia per evitare di essere abbandonato [4].

In accordo con precedenti studi, i nostri risultati hanno evidenziato un'associazione statisticamente significativa tra depressione e desiderio di morte anticipata [10]. Fondamentale, nel contesto di depressione e richiesta di eutanasia, risulta essere il fatto che una cura adeguata della depressione (sia essa farmacologica che psicoterapica) si traduce in una significativa riduzione della richiesta eutanasia. Tuttavia, a differenza di altri studi che evidenziano una relazione tra ideazione di morte e depressione maggiore, nel nostro studio si è evidenziato che ansia e depressione sono importanti fattori di un distress psicologico molto presente nel paziente terminale, senza raggiungere la rilevanza clinica di un disturbo depressivo maggiore. Risulta, quindi, ovvia la necessità di una adeguata diagnosi del distress psicologico nei pazienti con malattia terminale e di un suo corretto approccio terapeutico.

Infatti il desiderio di morte di molti malati terminali non deve essere considerato come una vera e propria richiesta di eutanasia o di suicidio assistito ma, probabilmente, sono angosciose richieste per un efficace sollievo dal dolore nel sua globalità e una richiesta di supporto e di ricerca di altri pensieri alternativi per fare fronte alla situazione vissuta [5]. Infatti il progetto di morte in seguito a gravi malattie terminali potrebbe essere interpretato come Adler stesso afferma come «Una soluzione solo per chi di fronte ad un problema urgente, ha finito, il suo limitato sentimento sociale» (3, p. 358). Quando l'individuo non riesce più a gestire il proprio sentimento d'inferiorità all'interno della dinamica compensativa volontà di potenza/sentimento sociale, potrebbe mettere in atto ipercompensazioni, cioè compensazioni eccessivamente sbilanciate, attraverso le quali i pazienti tenterebbero ad equilibrare il grave rapporto sentimento di inferiorità/finitudine.

Nelle nostra indagine la percezione di essere di peso per la famiglia è associata in modo significativo con il desiderio di morte. Si evidenzia, quindi, che la paura del malato di essere un impegno gravoso per la famiglia, rende più difficile l'adattamento alla malattia terminale e si sottolinea come un migliore supporto sociale, una buona coesione familiare e la possibilità di condivisione con gli altri, potrebbero ridurre il rischio di sviluppare pensieri di morte anticipatoria. Pertanto compito del terapeuta è il risveglio del Sentimento Sociale mediante

una comprensione empatica della sofferenza [6] e attraverso un'accoglienza incondizionata, espressione della presenza di un atteggiamento di tenerezza e di quell'amore disinteressato, con cui si può riuscire a superare la crisi della solitudine del morente [6, 15].

L'analisi dei desideri di morte dei pazienti, espressi da finzioni rafforzate ed estreme nella fase finale della vita, possono essere interpretate come una necessità legata alla sua sofferenza. L'uomo colpito dal dolore si interroga non solo sulle cause del dolore provato ma anche sulla ricerca di un scopo e un senso della sofferenza provata. L'impossibilità di trovare una risposta a questi quesiti induce una sofferenza di natura spirituale che inficia la qualità di vita di persone che devono affrontare una malattia che inevitabilmente scatena l'angoscia di morte e il timore di dover affrontare una esperienza dolorosa [6, 14]. Infatti quando svanisce la possibilità di trovare un senso esistenziale, allora non permane altro che il deserto buio e solitario di una solitudine esistenziale non colmabile con null'altro, solitudine che, allora effettivamente si fa *veramente* "insopportabile" e per la quale, per l'angoscia che trascina con sé, per il livello di sgomento cui sottopone chi si trovi a confrontarsi con essa, non chiede altro che essere spenta [6]. Galimberti, su questo argomento, parla della perdita dell'intenzionalità [9], mentre in chiave individualpsicologica si potrebbe parlare della perdita del finalismo (se si può intendere questo con la perdita della possibilità stessa di un finalismo) [11]. Compito dello psicoterapeuta con i morenti è di aiutarli a guardare se stessi, il mondo con direzione e trascendenza, cioè riuscire a donare un senso a questa fase finale della vita [5]. Inoltre più lo psicoterapeuta riuscirà ad affermare il valore del paziente - e cioè di vedere la persona che è o che è stata (nella sua unicità in senso adleriano), piuttosto che solo la malattia che ha - tanto più è probabile che il senso di dignità del paziente sarà sostenuto e conservato [6].

V. Conclusioni

Questi risultati hanno evidenziato come il distress fisico, psicologico ed esistenziale possano essere fattori associati con il desiderio di morte sperimentato dai pazienti oncologici terminali. Quando l'individuo non è più in grado di gestire il proprio sentimento di "inferiorità" (all'interno della dinamica volontà di potenza vs sentimento sociale) e fallendo, nel tentativo di individuare una soluzione compensativa accettabile, il desiderio di morte potrebbe rappresentare (in conseguenza della perdita di ogni speranza), l'estremo tentativo di liberarsi dall'angoscia e di affermarsi finzionalmente sul male e un'ultima soluzione "*per chi ha finito, il suo limitato sentimento sociale*".

Bibliografia

1. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il Temperamento Nervoso*, Astrolabio, Roma 2003.
2. ADLER, A. (1924), *Praxis und Theorie der Individual-Psychologie*, tr. it. *Prassi e teoria della Psicologia Individuale*, Astrolabio, Roma 1967.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
4. BOVERO, A., ZAINA, E., TORTA, R. (2009), Aspetti biopsicosocioculturali del dolore: riflessioni sulle esperienze cliniche e psicoterapeutiche con il paziente oncologico, *Riv. Psicol. Indiv.* 65: 73-93.
5. BOVERO, A., GRAZIATO, I., TORTA, R. (2011), Analisi delle finzioni nella prassi psicoterapeutica con il paziente oncologico terminale, *Riv. Psicol. Indiv.*, suppl. n. 69: 53-63.
6. BOVERO, A. (2011), La ricerca di significato alla fine della vita: analisi di un'esperienza di psicoterapia in hospice, *Riv. Psicol. Indiv.*, 70: 111-125.
7. CHOCHINOV, H. M. (2004), Dignity in the eye of the beholder, *JCO*, 22 (4): 1336-1340.
8. FERRIGNO, G. (2001), L'analisi e la psicoterapia psicodinamica secondo il modello adleriano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 49: 15-27.
9. GALIMBERTI, U. (1979), *Psichiatria e fenomenologia*, Feltrinelli, Milano.
10. GRASSI, L. (2006), Ideazione suicidaria: implicazioni al termine della vita, *La Rivista di Cure Palliative*, 4: 33-42.
11. LECCARDI, G. (2006), La fine e niente altro: di fronte al suicidio, *Riv. Psicol. Indiv.*, 60: 63-91.
12. PARENTI, F., ROVERA, G. G., PAGANI, P. L., CASTELLO, F. (1975), *Dizionario ragionato di Psicologia Individuale*, Cortina, Milano.
13. PETERMAN, A. H., FITCHETT, G., BRADY, M. J., ET ALII (2002), Measuring spiritual well-being in people with cancer: The functional assessment of chronic illness therapy- Spiritual Well-Being Scale (Facit-Sp), *Ann. Behav. Med.*, 24 (1): 49-58.
14. RODIN, G., ZIMMERMANN, C., RYDALL, A., ET ALII (2007), The desire for hastened death in patients with metastatic cancer, *J. Pain Symptom Manage*, 33 (6): 662-675.
15. ROVERA, G. G. (1982), Trasmotivazione: proposte per una strategia di incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 17-18: 28-50.
16. SCOTT, J., HUSKISSON, E. C. (1979), Graphic representation of pain, *Pain*, 2 (2): 175-184.
17. VAN WESEMAL, Y., COHEN, J., BILSEN, J., ET ALII (2011), Process and outcomes of euthanasia requests under the Belgian act on euthanasia: a nationwide survey, *J. Pain Symptom Manage*, 42 (5): 721-733.
18. ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. (1983), The Hospital Anxiety and Depression Scale, *Acta Psychat. Scand.*, 67 (6): 361-370.

Andrea Bovero

S.C.D.U. Psicologia Clinica e Oncologica-Università di Torino

A.O. Città della Salute e della Scienza di Torino

Corso Bramante, 88/90

I-10126 Torino

E-mail: a.bovero@tiscali.it