



La Morte nella Vecchiaia tra Angoscia e Accettazione

Rossana De Beni
Dipartimento di Psicologia Generale

IV CONVEGNO NAZIONALE DI PSICOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO
27 – 28 MAGGIO 2011
Chieti

Concepire la propria vecchiaia

...ed è subito sera...

- Pensare se stessi da vecchi:

assurdo pensare che ognuno di noi, nella sua essenza e continuità possa diventare così differente da se stesso, possa diventare vecchio

- Ageismo

i vecchi sono una categoria che è altro da me

Concepire la propria morte

- Differenze individuali
- Angoscia di morte
- Ansia
- Paura
- Distacco
- Accettazione

DEATH AND DYING

We spend most of our lives coming to terms with mortality. Erikson's theory (above) emphasized the importance of feeling that one has made good use of one's allotted time but in fact most of us begin to think about these issues in childhood. It is perhaps one of the most difficult, anxiety provoking aspects of being human. Our grasp of the reality of life and **death** sets us apart from all other animals.

The most well-known theory of adjustment to impending **death** was offered by Elizabeth Kubler-Ross (1969) after she conducted over 400 interviews with elderly and dying individuals. She identified five separate stages:

- Denial
- Anger and resentment
- Bargaining (for more time)
- Depression and grieving
- Acceptance

Kubler-Ross's model has been criticized both for being unsupported by research and for serving the needs of those who manage dying patients rather than those of the dying. If people are "accepting" of their deaths, they may be easier to deal with in medical and social service settings. More recent research has not shown this to be the consistent pattern of the well-adjusted person approaching **death**. Most likely the truth is that dying is an individual and intimately personal process. Some of us do obtain closure on our major life issues, some of us approach **death** in despair and fear, and some live energetic and busy lives right up to the very last moment.

Invecchiamento e paura della morte

Relazione tra età' e paura della morte:

Piu' giovani pensano in qualità e quantità diversa alla morte

Mezza età' pensano di più e con maggior paura alla morte

Vecchi pensano di più e con maggior accettazione la morte

Relazione tra la propria paura e quella attribuita agli altri

Più alta e' la propria ansia di morte più alta è quella attribuita agli altri

INTERNATIONAL JOURNAL OF GERIATRIC PSYCHIATRY

Int J Geriatr Psychiatry 2008; **23**: 1207–1208.

Published online 19 May 2008 in Wiley InterScience

(www.interscience.wiley.com) DOI: 10.1002/gps.2045

RESEARCH LETTER

Children of the elderly are inapt in assessing death anxiety in their own parents

G. Sinoff^{1,2*}, A. Iosipovici¹, R. Almog^{2,3} and O. Barnett-Greens^{2,3}

¹*Department of Geriatrics, Carmel Medical Center, Haifa, Israel*

²*Faculty of Medicine, Technion Medical School, Technion Institute, Haifa, Israel*

³*Department of Epidemiology and Community Medicine, Carmel Medical Center, Haifa, Israel*

Table 1. Characteristics of DAS for parent, child and child proxy-assessing parent ($n = 44$)

Question	Parent Self-assessment	Child Self- assessment	Child proxy- assessing parent
1. I am very much afraid to die	14%	48%***	46%***
2. The thought of death seldom enters my mind	61%	30%**	50%
3. It doesn't make me nervous when people talk about death.	23%	42%	50%*
4. I dread to think about having an operation	34%	46%	80%***
5. I am not at all afraid to die	11%	61%***	61%***
6. I am not particularly afraid of getting cancer	36%	55%	59%
7. The thought of death never bothers me	11%	70%***	75%***
8. I am often distressed by the way time flies so very rapidly	30%	54%	48%
9. I fear dying a painful death	100%	84%*	98%
10. The subject of life after death troubles me greatly	5%	7%	14%
11. I am really scared of having heart attack	39%	43%	59%
12. I often think about how short life really is	36%	50%	55%
13. I shudder when I hear people talk about World War III	14%	35%*	46%**
14. The sight of a dead body is horrifying to me	7%	41%**	52%***
15. I feel that the future holds nothing for me to fear.	41%	57%	68%*

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

LE PREOCCUPAZIONI PERSONALI

	2002	2010	Var.%
I rapporti con i figli	3,0	17,2	+14,2
La morte	19,8	34,8	+15,0
La perdita di una persona cara	43,4	56,1	+12,7
Essere vittima di reati	16,0	18,8	+2,8
La situazione economica personale	16,7	19,6	+2,9
La solitudine	26,0	20,9	-5,1
Una malattia invalidante	59,0	41,3	-17,7

del Censis, NOTE & COMMENTI, N. 2/3 del 2011,

*la psicologia sta assumendo un ruolo sempre più importante
nel contesti delle cure di fine vita*

*come ad esempio nell'ambito delle cure palliative, in cui l'assessment
dell'atteggiamento e delle credenze nei confronti della morte
possono aiutare ad indirizzare correttamente tutto l'impegno di
sostegno all'anziano morente registrando documentati progressi per
il raggiungimento degli scopi terapeutici (Haley, Larson, Kasl-Godley,
Neimeyer, & Kwilosz, 2003).*

Correlates of Death Anxiety in Adult Life

- Death Anxiety in the Elderly
- Health Status
- Death Anxiety among Professional and Nonprofessional Caregivers
- Death Anxiety and Psychopathology
- Death Anxiety and Religiosity
- Terror Management

Acceptance of Dying and Death

L'accettazione della morte (propria) appare associata con:

- Una vita più soddisfacente
- una più forte credenza religiosa

Sebbene logicamente indipendenti l'una dall'altra, sembra esserci una correlazione inversa da bassa a moderata tra l'accettare la morte ed il morire da un lato ed l'angoscia di morte dall'altro. Di conseguenza le persone che accettano la morte e la prospettiva di morire un giorno come parte naturale del loro vivere e della loro vita esprimono una minor paura di morire, mentre le persone che non accettano la morte manifestano una più intensa angoscia

Un'ipotesi provocativa

Feifel (1965) developed the hypothesis that the physicians who opposed his research were acting more on the basis of their own exaggerated fears of death than out of concern for patient welfare.

This led him to conduct research on a group of 40 physicians, finding that they thought less frequently about death and had greater death anxiety.

As a result of these personal experiences and data, he put forward the provocative hypothesis that "the reason certain physicians enter medicine is to govern their own above average fears concerning death" (Feifel, 1965, pp. 633-7634). He soon extended this speculation to argue that the commonly encountered physician reluctance to inform patients of their impending deaths derived from anxieties in physicians about their own mortality, even though most patients preferred to be informed of the gravity of their condition (Feifel, 1969).

Angoscia di morte e accanimento terapeutico

Tra i medici la più elevata DA risulta associata ad atteggiamenti più negativi nei confronti dei vecchi morenti. È a maggiori difficoltà a comunicare prognosi di terminalità ai propri pazienti (Cochrane, Levy, Fryer, & Oglesby, 1990; Kvale, Berg, Groff, & Lange, 1999).

L'evidenza empirica suggerisce che la paura della morte sia associata a delle prese di decisione di tipo molto conservatore. Per esempio, Schulz and Aderman (1979) hanno scoperto che gli anziani moribondi di medici che avevano una maggior DA restavano un tempo significativamente più lungo in ospedale rispetto a quelli di medici che avevano minore DA; se ne deduce che medici con maggior DA avevano maggiori probabilità di metter in atto eroici trattamenti per prolungare la vita dei loro pazienti terminali durante i loro ultimi giorni in ospedale.

La cura nella fase terminale della vita: processi di comunicazione e di accompagnamento nel percorso del morire

L'aspetto nuovo che oggi caratterizza il morire è il fatto che, per l'aumento delle malattie croniche e degenerative e grazie agli attuali progressi terapeutici il processo del morire subisce un notevole "prolungamento".

La sfida è tra due strategie alternative nella fase terminale della malattia:

- a) da una parte la strategia della negazione e del controllo che consiste nel proteggere ad ogni costo il malato dalla consapevolezza della morte e nel concentrare ogni sforzo assistenziale nella lotta contro la morte;
- b) dall'altra, invece, la strategia dell'accompagnamento che consiste nel riconoscere i limiti della medicina, spostando lo sforzo terapeutico dal "guarire" al "prendersi cura".

Conclusioni

La relazione con un morente ha significati e dimensioni che non esistono in nessuna altra relazione.

Il rapporto con il malato nella fase terminale della malattia diviene quasi il rapporto con la propria morte. Bisogna assistere il malato nel momento della morte con la nostra presenza, con la consapevolezza di essere mortali e con la personale accettazione della morte