UNIVERSITÀ DI PARMA

DIPARTIMENTO DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in
Psicobiologia e Neuroscienze Cognitive

Tesi Compilativa

PAURA DELLA MORTE: UN'ANALISI PSICOBIOLOGICA

Relatore:
Chiar.mo Prof. Stefano Parmigiani

Controrelatore:
Chiar.mo Prof. Vittorio Gallese

Laureanda:
Enza Maria Francesca Belmonte

Anno Accademico 2020-2021

Indice

Introduzione **5**

CAPITOLO 1: I comportamenti degli animali e dell'uomo di fronte alla morte **8**

1.1 Gli animali di fronte alla morte 9

1.1.1 Comportamenti legati alla morte nei primati non umani 10

1.1.2 Comportamenti legati alla morte in altre classi di mammiferi e negli uccelli 13

1.1.3 Morte naturale vs. morte violenta 21

1.2 Gli atteggiamenti degli esseri umani di fronte alla morte 22

1.2.1 Avversione 22

1.2.2 Fascino e curiosità 24

1.2.3 Cannibalismo 25

1.2.4 La trasformazione fisica dei morti 26

1.2.5 Morte e religione 26

CAPITOLO 2: La tanatofobia: definizione, *excursus* storico, panoramica teorica e misurazione **28**

2.1 Definizione della paura della morte 29

2.1.1 Ansia vs. paura 29

2.1.2 Unidimensionalità vs. multidimensionalità 30

2.2 L'analisi storico-temporale di Ariès sulle attitudini dell'uomo nei confronti della morte 31

2.2.1 La Morte Addomesticata 32

2.2.2 La Morte del Sé 32

2.2.3 La Morte dell'Altro 33

2.2.4 La Morte Proibita/Negata 34

2.2.5 Conclusione 35

2.3 (Alcuni) Approcci filosofici sulla paura della morte 35

2.3.1 Socrate 35

2.3.2 Platone 36

2.3.3 Epicuro 36

2.3.4 Montaigne 37

2.3.5 Filosofia del XVI secolo: Cartesio e Kant 37

2.3.6 Filosofia del XIX secolo: Kierkegaard e Schopenhauer 37

2.3.7 Filosofia del XX secolo: Heidegger, Jaspers e Sartre 38

2.3.8 Hofstadter 39

2.3.9 Considerazioni finali 39

2.4 Teorie psicologiche sulla paura della morte 40

2.4.1 La tanatofobia di Sigmund Freud 41

2.4.2 La visione esistenzialista di Becker 41

2.4.3 Teoria della gestione del terrore (Terror management theory, TMT) 42
2.4.4 Modello dei due fattori dell'ansia di morte (Two-factor model of death anxiety) 44
2.4.5 Teorie dell'illusione dell'autocontrollo (Illusion of self-control theories) 45
2.4.6 Teoria dello sviluppo psicosociale di Erikson 46
2.4.7 Teoria dei costrutti personali (Personal construct theory) 52
2.4.8 Teorie dell'autorealizzazione (Self-realization theory) 53
2.4.9 Teorie sulla ricerca del significato (Saerch-for-meaning theory) 54
2.4.10 Teorie sullo sviluppo intellettivo in età adulta: i modelli post-formali 55
2.4.11 Teoria della discrepanza del concetto di Sé (Self-Concept Discrepancy Theory) 56
2.4.12 Teoria del rimpianto (Regret theory) 57
2.4.13 Edge theory 57
2.4.14 Ipotesi sull'adattamento alla morte (Death and adjustment hypotheses, DAH) 58
2.4.15 Teoria della gestione del significato (Meaning management theory, MMT) 58
2.4.16 Considerazioni finali 60
2.5 Strumenti di misurazione 61
2.5.1 Fear of Death Scale (FDS, Sarnoff e Corwin) 62
2.5.2 Fear of Death Scale (FODS, Boyar) 64
2.5.3 Attitude Toward Death Scale 66
2.5.4 Death Anxiety Scale (DAS) 66
2.5.5 Death Concern Scale (DCS) 70
2.5.6 Collet-Lester Fear of Death Scale (CL-FDS) 72
2.5.7 Multidimensional Fear of Death Scale (MFODS) 75
2.5.8 Death Attitude Profile (DAP) 77
2.5.9 Revised Death Anxiety Scale (R-DAS) 82
2.5.10 Death Anxiety Inventory (DAI) 84
2.5.11 Threat Index (TI) 87
2.5.12 Death Perspective Scale 92
CAPITOLO 3: Ontogenesi psicologica, aspetti psicopatologici e prospettive cliniche della paura della morte 95
3.1 L'ontogenesi psicologica della paura della morte 95
3.1.1 Infanzia 96
3.1.2 Prima Infanzia 96
3.1.3 Età del Gioco ed Età Scolare 97
3.1.4 Adolescenza 99
3.1.5 Prima e Seconda Età Adulta 101
3.1.6 Vecchiaia 102
3.2 Gli attributi dell'ansia di morte 103

3.2.1 Caratteristiche emotive ... 103
3.2.2 Caratteristiche cognitive ... 104
3.2.3 Caratteristiche esperienziali ... 104
3.3 Gli antecedenti dell'ansia di morte ... 105
3.3.1 Rimpianti legati al passato e al futuro ... 105
3.3.2 Significato della morte ... 107
3.3.3 Ambienti stressanti ... 108
3.3.4 Diagnosi di malattia grave ... 111
3.3.5 Esperienze con la morte e il morire ... 114
3.4 Conseguenze dell'ansia di morte ... 115
3.4.1 Conseguenze adattive ... 115
3.4.2 Conseguenze disadattive ... 116
3.5 Trattamento dell'ansia di morte ... 118
3.5.1 Psicoterapia ... 118
3.5.2 Mindfulness ... 120
3.5.3 Sostanze psichedeliche ... 121
3.5.4 Realtà virtuale ... 122
3.5.5 Limiti e prospettive future ... 123
CAPITOLO 4: I correlati della paura della morte ... 125
4.1 Fattori socio-demografici ... 125
4.1.1 Genere ... 125
4.1.2 Età ... 126
4.1.3 Etnia ... 129
4.1.4 Istruzione ... 130
4.1.5 Occupazione ... 130
4.1.6 Status socio-economico ... 131
4.1.7 Circostanze di vita ... 132
4.1.8 Stato civile ... 133
4.2 Caratteristiche personali e legate alla personalità ... 133
4.2.1 Religione ... 133
4.2.2 Locus of control ... 137
4.2.3 Repressione/Sensibilizzazione ... 138
4.2.4 Orientamento al futuro ... 138
4.2.5 Autostima ... 140
4.2.6 Umiltà ... 141
4.2.7 Altri tratti di personalità ... 142

4.3 Variabili legate al benessere ... 143
4.3.1 Senso di competenza e di autoefficacia ... 143
4.3.2 Senso di significato e scopo ... 144
4.3.3 Autorealizzazione ... 144
4.4 Variabili legate al disadattamento ... 145
4.4.1 Psicopatologia ... 145
4.4.2 Incubi ... 146
4.4.3 Suicidio ... 146
4.5 Livelli di consapevolezza ... 147
4.6 Significati personali della morte ... 149
4.6.1 Personificazioni della morte ... 150
CAPITOLO 5: La paura della morte ai tempi del Coronavirus (Covid-19) ... 152
5.1 Perché la pandemia ci fa così paura? ... 152
5.2 Studi sulla paura della morte nel periodo della pandemia da Covid-19 ... 153
5.2.1 Studi sulla popolazione generale ... 154
5.2.2 Studi sugli anziani ... 159
5.2.3 Studi sugli operatori sanitari ... 161
5.2.4 Studi su altre categorie professionali ... 163
5.2.5 Studi sui pazienti ... 165
Conclusioni ... 166
Bibliografia ... 175
APPENDICE 1: Fear of Death Scale (Sarnoff e Corwin) ... 230
APPENDICE 2: Fear of Death Scale (Boyar) ... 231
APPENDICE 3: Attitude Toward Death Scale ... 232
APPENDICE 4: Death Anxiety Scale ... 235
APPENDICE 5: Death Concern Scale ... 238
APPENDICE 6: Collet-Lester Fear of Death Scale ... 240
APPENDICE 7: Multidimensional Fear of Death Scale ... 244
APPENDICE 8: Death Attitude Profile ... 246
APPENDICE 9: Revised Death Anxiety Scale ... 249
APPENDICE 10: Death Anxiety Inventory ... 251
APPENDICE 11: Threat Index ... 253
APPENDICE 12: Death Perspective Scale ... 259
Ringraziamenti ... 261

Introduzione

"Ricordati che devi morire!", diceva un monaco trappista al personaggio interpretato da Massimo Troisi nel celeberrimo film *"Non ci resta che piangere"* (Troisi e Benigni, 1984). Sebbene possa trasparire una certa amarezza da questa affermazione, questo è un dato di fatto: la vita ha un inizio e una fine, e tutti gli esseri viventi, dal più grande al più piccolo, dal più semplice al più complesso, prima o poi muoiono. Certo, per alcuni animali il viaggio può essere davvero lungo (come per la vongola artica, che può vivere per più di 400 anni) e per altri molto corto (come nel caso dell'efemerottero, la cui vita non supera le 24 ore), ma su tutti – prima o poi – calerà il sole. Nonostante il (triste) destino comune, l'essere umano è l'unico organismo vivente a dover fare i conti con la consapevolezza che un giorno la sua vita cesserà di esistere. Questa "finitudine conscia", come la definisce Pievani (2020, p. 48), può generare nell'uomo – che è biologicamente cablato per l'autoconservazione – paura, ansia, panico e terrore (Kesebir, 2014), tutti aspetti che rientrano nel concetto di tanatofobia, definita come l'apprensione vissuta nella vita di tutti i giorni dovuta all'anticipazione dello stato in cui si è morti (Tomer, 1992).

Questo elaborato finale tratta proprio la paura o l'ansia generata dalla consapevolezza della morte. L'interesse per questo tema deriva dall'argomento delle paure ataviche, trattato nel corso di Psicobiologia Evoluzionistica, tenuto dal mio relatore, il Professore Stefano Parmigiani. La paura della morte può infatti essere considerata una paura atavica, che accompagna l'individuo fin dagli albori dell'esistenza umana. In questa Tesi di Laurea ho voluto approfondire cos'è la paura della morte, facendo un'analisi psicobiologica del costrutto che cerca di rispondere a svariate domande: come può essere definita la paura della morte? Come si sviluppa? Si tratta di una paura innata o acquisita? Come si può misurare tale costrutto? Quali sono le sue caratteristiche, i suoi fattori scatenanti e le sue conseguenze? Quali variabili influenzano la paura della morte? Esistono trattamenti da adottare quando questa paura diventa patologica? Oltre a queste domande, ho voluto

indagare la paura della morte nel contesto della nuova malattia da Coronavirus (Covid-19), che ha decisamente sconvolto le nostre vite.

L'elaborato si compone di cinque capitoli. Nel primo capitolo vengono illustrati quali sono i comportamenti degli animali non umani di fronte alla morte. Sebbene, come già detto, l'essere umano sia l'unico animale ad essere consapevole della propria mortalità, gli animali hanno modi unici di approcciarsi alla morte; inoltre, lo studio di come gli animali non umani reagiscono alla morte è molto interessante, perché permette di arricchire le conoscenze sulla tanatologia comparativa. In questo primo capitolo vengono altresì illustrati gli atteggiamenti dell'essere umano di fronte alla morte, alcuni ancora presenti, altri scomparsi.

Il secondo capitolo mostra innanzitutto come il costrutto di tanatofobia è stato definito da vari autori, considerando le differenze che esistono tra ansia e paura della morte e la multidimensionalità del costrutto. Successivamente, viene presa in esame l'analisi dello storico francese Philippe Ariès sulle attitudini dell'essere umano nei confronti della morte dal Medioevo ai giorni nostri. Dopodiché, in questo capitolo viene illustrata una panoramica teorica sulla paura della morte, prendendo in considerazione sia alcuni approcci filosofici che le più influenti teorie psicologiche sul tema. Infine, vengono presentati gli strumenti maggiormente utilizzati per misurare il costrutto della paura/ansia di morte, analizzando la costruzione, la validità e l'affidabilità dello strumento.

Il terzo capitolo tratta la paura della morte "dalla A alla Z": l'ontogenesi psicologica (cioè come si sviluppa), le caratteristiche, gli antecedenti, le conseguenze e i trattamenti clinici che si possono adottare per far fronte a questa paura quando diventa patologica.

Il quarto capitolo prende in esame i correlati dell'ansia di morte, cioè tutte quelle variabili che possono influire sul grado di paura della morte. Nello specifico, vengono indagati i fattori socio-demografici (genere, età, etnia, istruzione, occupazione), i fattori personali/legati alla personalità (religione, *locus of control*, autostima...), le variabili legate al benessere e quelle legate al disadattamento; infine, il capitolo tratterà i diversi livelli di consapevolezza della paura della morte e come i personali significati che si hanno della morte possano impattare sulla paura della morte.

Come capitolo conclusivo dell'elaborato finale, e in considerazione del periodo storico che stiamo tuttora vivendo, mi sembrava interessante trattare la paura della morte nel contesto della malattia da Coronavirus (Covid-19), che tiene ancora tutti noi nel suo mirino, generando stati d'animo contrastanti che vanno dalla rabbia allo sfinimento, dalla preoccupazione alla paura. Per la stesura di questo capitolo è stata eseguita una meta-analisi degli studi presenti in letteratura sulla paura della morte legata al Coronavirus; prima di questa meta-analisi, però, verrà fornita una spiegazione del perché le pandemie, come quella che stiamo tuttora vivendo, genera così tanta paura, inclusa quella della morte.

CAPITOLO 1:

I comportamenti degli animali e dell'uomo di fronte alla morte

Lo studio della tanatofobia – *i.e.*, la paura/ansia della morte – rientra nella più ampia disciplina della tanatologia, definita come lo studio scientifico della morte. Nello specifico, la tanatologia "indaga i meccanismi e gli aspetti forensi della morte, come i cambiamenti corporei che accompagnano la morte e il periodo *post-mortem*, nonché gli aspetti psicologici e sociali più ampi legati alla morte" (tradotto da https://en.wikipedia.org/wiki/Thanatology); questa definizione sembra apparentemente includere anche i non umani come oggetto di studio. Sebbene, come già accennato nell'*Introduzione*, gli esseri umani siano gli unici organismi viventi ad essere consapevoli che un giorno sopraggiungerà la morte, e sebbene abbiano una relazione unica e complessa con la morte, simboleggiata attraverso il linguaggio, l'arte e gli elaborati rituali culturali che vanno ben oltre quelli osservati negli animali non umani, questi ultimi hanno modi unici di conoscere e capire la morte (Pierce, 2013). Un esempio esplicativo di ciò è il caso del gatto Oscar, che sembrava essere in grado di 'annusare' la morte. Il personale dello *Steere House Nursing and Rehabilitation Center* di Rhode Island (USA) aveva iniziato a notare che Oscar, uno dei gatti presenti nella residenza, sorvegliava le stanze di determinati pazienti e si raggomitolava accanto a loro; si è poi scoperto che questi stessi pazienti morivano entro poche ore. Il comportamento di previsione della morte di Oscar era così affidabile e preciso che il personale sapeva quando chiamare la famiglia di un paziente per dirgli di recarsi presso il centro, in modo da poter assistere alla morte del proprio caro. La storia di Oscar ha guadagnato l'attenzione nazionale quando il dottor David Dosa, un geriatra della *Steere House*, ha pubblicato un resoconto delle attività di Oscar sul *New England Journal of Medicine* (Dosa 2007, 2010). Secondo Pierce (2013), una possibile spiegazione di come Oscar percepisca la morte è che sente l'odore di sottili cambiamenti chimici nel corpo di una persona, come la ripartizione dei carboidrati; questa ipotesi è coerente con quello che sappiamo sui sofisticati, acuti e sviluppati sensi (in particolare, l'olfatto) dei cani e dei gatti, che per questo potrebbero avere accesso a informazioni che noi non abbiamo.

Anderson (2020) ritiene che lo studio del modo in cui altre specie animali rispondano a conspecifici malati, feriti, morenti e morti potrebbe essere utile per arricchire la crescente ricerca sulla tanatologia evolutiva comparata. Inoltre, secondo Pierce (2013) la ricerca sul comportamento legato alla morte negli animali può essere potenzialmente stimolante per la bioetica per almeno tre ragioni. In primo luogo, perché il legame uomo-animale può giocare un ruolo in alcune terapie umane, soprattutto alla fine della vita (ne è un esempio la *pet-therapy*): a detta di Pierce, sembra infatti che gli animali siano in grado di 'umanizzare' il processo di morte. In secondo luogo, lo studio di come gli animali si approcciano alla morte permette di eseguire lavori comparativi su eutanasia e sedazione palliativa: Pierce osserva che spesso decidiamo di sopprimere i nostri animali da compagnia quando questi sono gravemente malati, per non farli soffrire ulteriormente; se veramente l'eutanasia è un 'dono' che crediamo di fare ai nostri compagni di vita per alleviare le loro sofferenze, ecco che lo studio dell'eutanasia animale apre un dibattito sul suicidio medicalmente assistito nell'uomo. Infine, Pierce ritiene che la tanatologia animale abbia implicazioni per il benessere degli animali stessi. Sebbene tali questioni non siano obiettivo di questo elaborato finale, in questo primo capitolo illustrerò i risultati di alcune ricerche che hanno osservato come si comportano gli animali non umani nei confronti di conspecifici ed eterospecifici morenti o morti, per poi passare ad una breve descrizione di quali sono e sono stati gli atteggiamenti dell'essere umano nei confronti dei morti.

1.1 Gli animali di fronte alla morte

La ricerca sulla tanatologia animale è ancora agli inizi (Pierce, 2013). Mentre la letteratura precedente era in gran parte caratterizzata da descrizioni aneddotiche e interpretazioni talvolta fantasiose, adesso c'è un'analisi più rigorosa e spesso quantitativa dei vari comportamenti mostrati dagli animali nei confronti di conspecifici (e talvolta eterospecifici) malati, feriti, morenti o morti (Anderson, 2020). Secondo Pierce (2013), questi studi permettono di rispondere a vari interrogativi, per esempio possono aiutare a capire se gli animali siano consapevoli che stanno morendo, se guardando un altro animale morire capiscano cosa stia succedendo, e quali cambiamenti comportamentali e fisiologici si verifichino durante il processo di morte.

1.1.1 Comportamenti legati alla morte nei primati non umani

Per molto tempo, le osservazioni più note relative ai comportamenti legati alla morte nei primati non umani sono state le descrizioni di Jane Goodall di madri-scimpanzé che trasportavano e si prendevano cura di cuccioli morti, e il racconto di Geza Teleki sulle risposte dei membri di un gruppo di scimmie alla caduta fatale da un albero di uno scimpanzé maschio adulto (van Lawick & Goodall 1968; Teleki 1973). Anderson, Gillies e Lock (2010) sono stati i primi a includere prove video di come gli scimpanzè rispondano alla morte di un membro del loro gruppo. I ricercatori hanno registrato video di tre scimpanzé che reagivano alla morte di un quarto membro del loro gruppo, una femmina anziana di nome Pansy, di cui si erano presi cura prima della sua morte. Pochi istanti dopo la morte di Pansy, Chippie (il maschio) è saltato sulla piattaforma dove si trovava il cadavere e ha messo in atto comportamenti aggressivi nei suoi confronti. Dopo la sua morte, gli altri scimpanzé hanno ispezionato attentamente la bocca di Pansy e hanno manipolato i suoi arti, forse per testare se ci fossero segni di vita; hanno inoltre rimosso pezzetti di paglia dal suo corpo. La figlia di Pansy, Rosie, è rimasta con il corpo della madre per tutto il tempo la notte dopo la sua morte. Dopo la morte di Pansy, tutti e tre gli scimpanzé hanno dormito in modo irregolare, e per diversi giorni gli altri membri del gruppo hanno evitato di andare sulla piattaforma in cui era avvenuta la morte, anche se il corpo era stato rimosso. Inoltre, hanno mostrato comportamenti sottomessi, erano più pigri del solito e hanno mangiato meno del solito.

Anderson e colleghi sostengono che tali risposte – cure pre-morte, ispezione del corpo per trovare segni di vita, veglia post-morte, pulizia del corpo ed evitamento del luogo in cui è avvenuta la morte – siano parallele a quelle mostrate dagli umani quando un parente stretto viene a mancare. Tuttavia, a detta di Pierce (2013), le osservazioni di Anderson et al. hanno evidenti limiti, perché si concentrano su un piccolo gruppo di animali in cattività e perché non si può essere certi che i comportamenti osservati indichino una consapevolezza della morte. Ad ogni modo, lo studio è intrigante e ha attirato notevole attenzione mediatica, generando nuovi dibattiti su ciò che le altre specie potrebbero capire e provare riguardo la morte e aprendo la strada ad una serie di ricerche sulla tanatologia animale

comparativa (Anderson, 2020; Pierce, 2013), sia dei primati (ad esempio, Bezerra et al., 2014; Campbell et al., 2016; Cronin et al., 2011; Fashing et al., 2011; Li et al., 2012; Porter et al., 2019; Stewart et al., 2012; van Leeuwen et al., 2016) che di mammiferi non primati (ad esempio, Appleby et al., 2013; Bercovitch, 2012; Inman e Leggett, 2019), e dimostrando che i comportamenti di cura nei confronti dei morti e dei moribondi non sono esclusivi dell'essere umano, ma si possono osservare anche in altre specie animali.

Nello specifico, gli studi che hanno osservato i comportamenti dei primati non umani di fronte alla morte hanno mostrato che tali animali mettevano in atto una serie di comportamenti che includevano:

- esplorazione del corpo con curiosità, annusando e toccando ferite o parti del corpo (ad esempio, Bercovitch, 2012; Biro et al., 2010; Buhl et al., 2012; Fashing et al., 2011; Cronin et al., 2011; Porter et al., 2019; van Leeuwen et al., 2016);
- comportamenti di cura, come fare la guardia (mostrando comportamenti aggressivi se qualcuno di esterno al gruppo si avvicina al ferito o al moribondo), trasportare e pulire il morente o il cadavere (soprattutto nel caso di cuccioli morti) (ad esempio, Anderson et al. 2010; Bezerra et al., 2014; Biro et al. 2010; Boesch 1991; Buhl et al. 2012; Campbell et al., 2016; Cronin et al. 2011; Fashing et al. 2011; Li et al. 2012; Porter et al., 2019; van Leeuwen et al., 2016);
- comportamenti aggressivi nei confronti del cadavere (ad esempio, Anderson et al., 2010; Cronin et al., 2011; Wisman & Shrira, 2015; Porter et al., 2019; Stewart et al., 2012), che potrebbero riflettere un tentativo di risvegliare l'individuo morto o la frustrazione per i tentativi falliti di risvegliare l'individuo morto.

Secondo gli studi sopracitati, il trasporto, la guardia e l'esplorazione del cadavere sono comportamenti che possono avere conseguenze sia adattive che maladattive. Per quanto riguarda le conseguenze maladattive, questi comportamenti potrebbero riflettere la mancata comprensione della morte da parte dell'animale (Campbell et al., 2016). Inoltre, toccare le ferite di un cadavere aumenta la suscettibilità a malattie infettive. Infine, trasportare un corpo senza vita è dispendioso dal punto di vista energetico, mentre fare la guardia a un conspecifico che non si riprenderà, isolandosi dal gruppo,

può esporre l'animale ad una serie di pericoli, in primis possibili attacchi da parte di predatori (Porter et al., 2019). Tuttavia, questi comportamenti di esplorazione e di cura (in particolare, la guardia e il trasporto) possono riflettere una strategia adattiva del tipo 'aspetta e guarda', per cui i conspecifici – non essendo sicuri dello stato di salute del ferito – aspettano di vedere se si riprende, per capire se abbandonarlo o meno (Appleby et al., 2013; Campbell et al., 2016; Hrdy, 1999; Li et al., 2012; Sugiyama et al., 2009). Questa ipotesi riceve supporto dagli studi di Masi (2020), che ha osservato che una femmina di gorilla ha continuato a prendersi cura del suo cucciolo dopo che quest'ultimo è caduto da un albero e sembrava (almeno agli occhi degli osservatori umani) morto; tuttavia, il cucciolo ha riacquistato lentamente sia la coscienza che la mobilità, e alla fine si è ripreso completamente. Inoltre, secondo Cronin et al. (2011), questi comportamenti costituiscono un momento di apprendimento, per evitare lesioni o morte nel caso in cui si ripresentino simili condizioni. È interessante notare che Porter e collaboratori (2019) hanno osservato che i gorilla mettono in atto comportamenti di esplorazione e di cura (in particolare, toelettatura) anche nei confronti di conspecifici moribondi che non fanno parte del proprio gruppo.

Poiché gli studi hanno riportato comportamenti simil-umani nei primati che si approcciano a un conspecifico morente o morto, viene naturale chiedersi se i primati soffrano per la morte di un familiare o di un membro del proprio gruppo con cui ha uno stretto legame sociale. La questione è molto controversa, ma ci sono prove convincenti a riguardo. Per esempio, alcuni studi hanno osservato reazioni di angoscia immediate, come vocalizzazioni, agitazione e comportamenti legati all'ansia (Anderson et al. 2010; Boesch 1991; Campbell et al., 2016), e a lungo termine, come separazione dal gruppo e inattività comportamentale (Campbell et al., 2016), a seguito della morte di un conspecifico membro del proprio gruppo (familiare e non).

Secondo Watson e Matsuzawa (2018), un aspetto che può aiutare a chiarire le conseguenze emotive del lutto è il confronto pre- e post-morte dei livelli ormonali. Per esempio, Porter et al. (2019) hanno osservato una femmina di gorilla che tentava di allattare il suo cucciolo morto, nonostante

fosse stato già svezzato; tale comportamento è probabilmente messo in atto per stimolare il rilascio di ossitocina, un ormone che ha effetti inibitori dello stress (Moberg & Prime, 2013). Engh et al. (2006) osservano che a seguito della morte di un membro della famiglia a causa della predazione, una femmina di babbuino selvatico mostrava un aumento dei livelli di glucocorticoidi, l'ormone coinvolto nello stress, mentre le femmine dello stesso gruppo che però non erano imparentate con il babbuino deceduto non mostravano cambiamenti nei livelli di tale ormone e, quindi, di stress; due mesi dopo l'evento, i livelli ormonali della femmina erano tornati alla normalità. In uno studio simile, Takeshita et al. (2019) hanno osservato una femmina di macaco giapponese che per 20 giorni ha trasportato il suo cucciolo morto, un comportamento associato ad aumento di comportamenti timorosi, riduzione dei comportamenti di *grooming* di gruppo ed evitamento della vicinanza ad altri membri del gruppo; tuttavia, i livelli di glucocorticoidi fecali sono tornati rapidamente ai valori basali, suggerendo non solo che il trasporto di un cucciolo morto ha bassi costi in termini energetici e di stress, ma che tale comportamento potrebbe essersi evoluto come strategie per tamponare lo stress legato alla perdita di un figlio. Prese insieme, tutte queste osservazioni aumentano la nostra comprensione del dolore nei primati non umani, suggerendo che non siamo gli unici a soffrire per la dipartita di un nostro caro.

1.1.2 Comportamenti legati alla morte in altre classi di mammiferi e negli uccelli

Proboscidati. Gli studi sulle risposte degli elefanti (africani e asiatici) a conspecifici morenti e morti hanno sollevato diverse domande sul loro livello di comprensione della morte (Anderson, 2020). Nella loro *review* sulle risposte degli elefanti africani alle carcasse di conspecifici in vari stadi di decomposizione, Goldenberg e Wittemyer (2019) hanno osservato che i comportamenti più frequenti includevano avvicinarsi al cadavere, toccarlo ed esaminarlo. Tali comportamenti erano già stati riportati dallo zoologo Douglas-Hamilton (2006), che ha osservato che gli elefanti si raccolgono attorno al corpo di un membro del branco morto, lo toccano delicatamente e spesso lo vegliano per giorni, concludendo che questi grandi mammiferi abbiano una generale consapevolezza della morte e una certa curiosità riguardo ad essa. Nel loro studio sugli elefanti indiani, Sharma et al. (2019) riportano tre casi di reazioni alla morte di un conspecifico. Nel primo caso gli autori hanno osservato

una madre che cercava di aiutare e sostenere il suo cucciolo appena nato moribondo; nella settimana successiva alla morte del cucciolo, la madre è stata spesso vista nel medesimo posto. Nel secondo caso, gli autori hanno osservato una femmina adulta emettere un richiamo a 'tromba' alla vista del proprio cucciolo che cadeva sulle sue ginocchia perché attaccato da una tigre; come nel precedente caso, la femmina ha cercato (invano) di far alzare in piedi il cucciolo ferito e morente. Nel terzo caso, gli autori hanno osservato due femmine adulte che stavano accanto ad una vecchia femmina adulta morta di recente; una femmina camminava ripetutamente intorno alla carcassa in un percorso circolare, senza toccarla, mentre l'altra si è nutrita di cibo nelle vicinanze della carcassa.

L'interesse degli elefanti per le ossa e per i corpi dei conspecifici morti (sia del proprio gruppo che di altri gruppi) è confermato anche dagli studi della ricercatrice di elefanti Cynthia Moss (2012). È bene sottolineare che questo interesse viene manifestato esclusivamente per le ossa dei propri conspecifici: nel loro studio, Goldenberg e Wittemyer (2019) hanno presentato ad alcuni elefanti teschi di elefante, di giraffa e di bufalo, ed hanno osservato che gli elefanti mostravano interesse solo per le ossa della loro specie. Questi risultati ricordano quelli di McComb et al. (2006), che avevano usato teschi di elefanti, rinoceronti e bufali. L'interesse degli elefanti per conspecifici morti dura per molto tempo (McComb et al., 2006), probabilmente perché le carcasse di questi animali – rispetto a quelle di altre specie più piccole (come i primati) – impiegano più tempo per decomporsi. Inoltre, è plausibile che l'interesse degli elefanti per i loro morti anche dopo diversi anni rifletta la relativa facilità con cui gli osservatori umani possono assistere a tali eventi, piuttosto che capacità uniche degli elefanti di riconoscere i conspecifici molto tempo dopo la loro morte (Goldenberg e Wittemyer, 2019). Tuttavia, è verosimile pensare che la sofisticata sensorialità degli elefanti promuova interazioni prolungate con i morti in un modo diverso dalle altre categorie tassonomiche; per esempio, i cetacei si affidano alla vista e alla mancanza di segnali uditivi per identificare la morte, mentre i primati si basano su una combinazione di segnali uditivi e olfattivi (Goncalves e Biro, 2018), ma l'olfatto altamente sofisticato degli elefanti (Miller et al., 2015) permettere di identificare individui morti anche se i segnali visivi sono degradati. Questa ipotesi è confermata sia dall'osservazione di

elefanti che annusano il terreno su cui si sono decomposte delle carcasse, sia dagli studi sopracitati di Goldenberg e Wittemyer (2019) e di McComb et al. (2006) che dimostrano che gli elefanti sono in grado di discriminare le ossa della propria specie da quelle di altri grandi mammiferi.

Ulteriori studi hanno dimostrato che a volte gli elefanti mettono del cibo nella bocca dei morti, riempiono le loro ferite con il fango e li seppelliscono sotto la vegetazione (Chevalier-Skolnikoff e Liska, 1993; Douglas-Hamilton I. e Douglas-Hamilton O., 1975). Comportamenti meno frequenti sono vocalizzazioni e tentativi di sollevare o trascinare la carcassa, elicitati da un elefante appena morto (Goldenberg e Wittemyer, 2019; Harthoorn, 1970). A differenza di altre specie (ad esempio, scimpanzè: Anderson 2018; ippopotamo: Dorward 2014; bonobo: Tokuyama et al. 2017), non sono stati osservati atti di cannibalismo.

Secondo Goldenberg e Wittemyer (2019), sebbene sembri probabile che gli elefanti interagiscano con le carcasse per identificare gli individui morti, la gamma di comportamenti osservati, sia investigativi che non investigativi, non può essere spiegata da questa sola idea, perché sarebbe inutile fare ripetute visite ad un cadavere se il solo scopo è l'identificazione: alla base dell'interesse degli elefanti per la morte devono esserci quindi altre motivazioni, presumibilmente di natura emotiva. Infatti, alcuni studi osservano comportamenti paragonabili a quelli di specie socialmente simili come gli scimpanzé, in cui sono stati registrati comportamenti agitati e sottomessi nei confronti di cadaveri di conspecifici, anche non imparentati (Anderson 2018); tali comportamenti sono stati spesso attribuiti al dolore (Poole 1996; King 2013; Pierce 2013). Per esempio, la biologa Joyce Poole ha osservato una madre stare accanto al cucciolo nato morto per tre giorni, riconoscendo in lei un'espressione facciale di dolore, e "il silenzio inquietante di una famiglia di elefanti che per un'ora hanno accarezzato le ossa della loro matriarca" (Poole 1997, p. 12).

Ancora una volta, queste osservazioni suggeriscono che, forse, non siamo gli unici a provare dolore per la morte di un nostro caro.

Uccelli. Anche gli uccelli sembrano interessati alla morte (Pierce, 2013). Ad esempio, l'etologo premio Nobel Konrad Lorenz (1991) ha osservato i tipici sintomi del lutto in un'oca selvatica che aveva perso il suo partner. Secondo un report del *Cornell Lab of Ornithology*, le gazze dal becco giallo (*Pica nuttalli*) reagiscono alla morte volando sulla carcassa, saltellando e strillando (Dickinson e Chu, 2007). L'etologo Marc Bekoff ha osservato il 'comportamento funebre' in un gruppo di gazze dal becco nero (*Pica pica*): le gazze si avvicinavano al cadavere, lo beccavano delicatamente e facevano un passo indietro; dopo un po', alcune gazze volavano via, per poi tornare con dell'erba che adagiavano accanto al cadavere (in http://www.telegraph.co.uk/earth/wildlife/6392594/Magpies-feel-grief-and-hold-funerals.html). Lo studio di Swift e Marzluf (2015) è il primo a dimostrare che i corvi selvatici americani occasionalmente entrano in contatto con conspecifici morti.

Mammiferi acquatici. Reggente et al. (2018) hanno eseguito una revisione sistematica della letteratura sui comportamenti legati alla morte nei mammiferi acquatici, facendo una distinzione tra cetacei e non cetacei (vedi *Tabella 1.1* e *1.2*); gli autori hanno trovato che entrambi i gruppi reagiscono alla morte, ma con comportamenti diversi. I risultati evidenziarono che parametri come la dipendenza della prole e la presenza di cure alloparentali[1] erano correlati al tipo di comportamento che veniva messo in atto e alla partecipazione di altri individui durante gli eventi legati alla morte.

Tabella 1.1 *Specie di non cetacei incluse nello studio di Reggente et al. (2018)*

NON CETACEI					
Otaridi		**Focidi**		**Trichechidi**	
Nome scientifico	**Nome comune**	**Nome scientifico**	**Nome comune**	**Nome scientifico**	**Nome comune**
Otaria flavescens	Leone marino meridionale	*Phoca groenlandica,*	Foca della Groenlandia	*Trichechus manatus*	Lamantino dei Caraibi
Zalophus californianus	Leone marino della California	*Phoca vitulina*	Foca comune		
Arctocephalus gazella	Otaria orsina antartica	*Phoca vitulina concolor*	Foca comune *concolor*		

[1] Forma particolare di cure parentali in cui i comportamenti rivolti alla prole vengono effettuati da individui diversi dai genitori, che li aiutano (https://www.treccani.it/enciclopedia/cure-parentali_%28Dizionario-di-Medicina%29/).

Tabella 1.2 *Specie di cetacei incluse nello studio di Reggente et al. (2018)*

<table>
<tr><th colspan="10">CETACEI</th></tr>
<tr><th colspan="6">Delfinidi</th><th colspan="2">Monodontidi</th><th colspan="2">Pontoporidi</th></tr>
<tr><th>Nome scientifico</th><th>Nome comune</th><th>Nome scientifico</th><th>Nome comune</th><th>Nome scientifico</th><th>Nome comune</th><th>Nome scientifico</th><th>Nome comune</th><th>Nome scientifico</th><th>Nome comune</th></tr>
<tr><td>Orcinus orca</td><td>Orca</td><td>Sousa chinensis</td><td>Susa pacifica</td><td>Steno bredanensis</td><td>Steno</td><td>Delphinapterus leucas</td><td>Beluga</td><td>Pontoporia blainvillei</td><td>Pontoporia</td></tr>
<tr><td>Globicephala macrorhynchus</td><td>Globicefalo di Grey</td><td>Sousa sahulensis</td><td>Susa australiana</td><td>Tursiops aduncus</td><td>Tursiope indopacifico</td><td colspan="2">Pysteridi</td><td colspan="2">Balenopteridi</td></tr>
<tr><td>Delphinus capensis</td><td>Delfino comune</td><td>Stenella frontalis</td><td>Stenelle maculata atlantica</td><td>Tursiops truncatus</td><td>Tursiope comune</td><td>Nome scientifico</td><td>Nome comune</td><td>Nome scientifico</td><td>Nome comune</td></tr>
<tr><td>Sotalia fluviatilis</td><td>Sotalia</td><td>Stenella attenuata</td><td>Stenella maculata pantropicale</td><td rowspan="4">Lagenorhynchus obliquidens</td><td rowspan="4">Lagenorinco dai denti obliqui</td><td>Physeter macrocephalus</td><td>Capodoglio</td><td>Megaptera novaeangliae</td><td>Megaterra</td></tr>
<tr><td>Sotalia guianensis</td><td>Sotalia marina</td><td rowspan="3">Stenella longirostris</td><td rowspan="3">Stenella dal rostro lungo</td><td colspan="2">Mustelidi</td></tr>
<tr><td>Cephalorhynchus hectori</td><td>Cefalorinco di Hector</td><td colspan="2">Nome scientifico</td><td colspan="2">Nome comune</td></tr>
<tr><td>Grampus griseus</td><td>Grampo</td><td colspan="2">Enhydra lutris</td><td colspan="2">Lontra marina</td></tr>
</table>

I cetacei – caratterizzati da schemi di movimento più dinamici, lungo periodo di dipendenza della prole e tendenza della coppia madre-cucciolo a vivere in gruppo – mostrano nei confronti dei morti comportamenti legati al trasporto (trasporto, rotazione, messa in bocca della carcassa e immersioni con essa) e alla respirazione (portare la carcassa in superficie per poi reimmergerla in acqua), generalmente messi in atto insieme ad altri conspecifici. Inoltre, i ricercatori osservarono che le megattere e i globicefali di Grey mostrano comportamenti sessuali nei confronti di individui adulti morti. Questi comportamenti di trasporto e legati alla respirazione sono confermati dalle osservazioni di Gonzalvo, il quale notò che i delfini reagivano diversamente alla morte di un membro del branco a seconda che l'animale fosse morto improvvisamente o dopo un lungo periodo di malattia. Nel primo caso, il ricercatore osservò una madre che portava il cadavere del suo neonato sopra la superficie dell'acqua più e più volte, come nel tentativo di aiutarlo a respirare. Nel secondo caso, il ricercatore osservò un branco circondare un giovane delfino malato per cercare di tenerlo a galla; tuttavia, non appena l'animale morì, il branco di delfini lasciò che il corpo affondasse e se ne andò via (in Hooper, 2011). Nel suo lavoro, Pierce (2013) riporta risultati di studi che hanno osservato orche che trasportavano neonati morti e balene che si fermavano quando passavano di fianco ad un conspecifico morto. Secondo Pierce, poiché i cetacei hanno neuroni fusiformi – neuroni che negli esseri umani sono associati all'elaborazione delle emozioni – è possibile che siano in grado di provare dolore.

Tornando alla *review* di Reggente et al., gli autori osservarono che contrariamente ai cetacei, i non cetacei – caratterizzati da un investimento materno più breve – reagiscono alla morte di un conspecifico con comportamenti protettivi (difesa della carcassa da attacchi esterni), il che potrebbe riflettere la tendenza delle madri a proteggere la loro prole subito dopo la nascita; inoltre, le femmine di lontra marina e di otaria orsina antartica mostrano comportamenti di toelettatura nei confronti dei loro cuccioli morti.

Giraffe. Alcuni studi hanno osservato che le giraffe possono interagire con i loro cuccioli nati morti per diversi giorni dopo la loro morte, facendogli la guardia (Bercovitch, 2012; Muller, 2010); si tratta di un comportamento insolito, in quanto le giraffe raramente rimangono ferme a lungo, a meno che non stiano mangiando o riposando all'ombra di un albero durante il sole di mezzogiorno (Bercovitch e Berry, 2010). Altri studi hanno dimostrato che le giraffe si avvicinano e ispezionano anche altre carcasse di conspecifici (Muller, 2010; Carter, 2011).

Cavalli. I report sui comportamenti tanatologici dei cavalli sono scarsi e perlopiù aneddotici, ma un tema che li accomuna è che tra l'individuo morente o morto e gli altri conspecifici ci sia uno stretto legame sociale (Mendonça et al., 2020). Marais (1969) descrisse la reazione di una femmina a seguito della morte (per annegamento) del suo puledro: mostrava segni di angoscia, strofinava il muso sul corpo e nitriva dolcemente. King (2013) racconta di aver osservato che alcuni cavalli si disponevano a cerchio intorno al tumulo dove era stato recentemente seppellito un conspecifico. Nel loro studio sulle reazioni dei cavalli nei confronti dei loro compagni uccisi tramite eutanasia, Dickinson e Hofmann (2016) osservano che i cavalli, tra gli altri comportamenti, emettevano vocalizzazioni nei confronti degli individui che stavano per essere soppressi. Inoltre, sia King che Dickinson e Hoffman osservano nei cavalli vari comportamenti legati all'ansia a seguito della morte di un conspecifico (interruzione dell'alimentazione, ritiro sociale, comportamenti possessivi nei confronti della carcassa). Nel loro studio, Mendonça et al. (2020) descrivono i comportamenti mostrati da una madre e da altri conspecifici nei confronti di un puledro ferito mortalmente. Quando il puledro era ancora

vivo e in grado di muoversi, sia la madre che il capobranco interagivano con lui. Dopo che il puledro si è accasciato a terra perdendo la capacità di movimento, solo la madre è rimasta nelle vicinanze, sebbene il maschio alfa abbia fatto dei tentativi per riportarla nel gruppo. Alla fine, la madre abbandonò il puledro e si riunì al gruppo, una scelta che secondo gli autori è stata probabilmente dettata da fattori sociali e ambientali. Innanzitutto, i cavalli femmina selvatici formano strette relazioni sociali con le altre femmine del gruppo e con il capobranco, che le protegge. Inoltre, il gruppo è importante per la sopravvivenza e per la *fitness* riproduttiva. Infine, è probabile che le persistenti molestie da parte di due maschi scapoli abbiano contribuito alla decisione della femmina di abbandonare il suo puledro morto. Gli autori osservano che altri conspecifici non parenti hanno interagito col puledro morto: due femmine adulte (una nullipara e una che aveva perso il suo cucciolo un anno prima) e un giovane adulto, che mostrava comportamenti simil-materni (leccava il puledro e lo proteggeva da altri membri del gruppo). Solo un altro gruppo sembrava mostrare interesse per il puledro morto: alcuni individui si fermarono a fissare la carcassa, ma non furono osservate ulteriori azioni dirette ad essa. Tale studio suggerisce che i cavalli reagiscono diversamente a conspecifici parenti e non parenti feriti e/o morti, prestando più attenzione agli individui ancora vivi piuttosto che a quelli morti.

Ippopotami. Ci sono pochi studi sui comportamenti legati alla morte negli ippopotami (Inman e Leggett, 2018). La letteratura disponibile si concentra su rari casi di ippopotami che consumano la carne di una carcassa di un conspecifico (Dorward, 2015). Ci sono inoltre fotografie e video che mostrano ippopotami che interagiscono con le carcasse di ippopotami difendendoli da altri animali (Breen, 2010; Csaba, 2017; Harris, 2014), fornendo prove aneddotiche che gli ippopotami possono anche mostrare comportamenti epimeletici[2] nei confronti dei conspecifici morti. Inman e Legget (2018) documentano le reazioni di un ippopotamo femmina adulta e del suo branco nei confronti di

[2] Il termine 'epimeletico' fa riferimento ad una serie di comportamenti mostrati cetacei nei confronti di morti o moribondi, che comprendono tentativi di salvataggio e rianimazione, contatto, spostamento e difesa della carcassa, lutto post-*mortem*, uso di surrogati e comportamento compulsivo stereotipato (Bearzi e Reggente, 2018). Tali comportamenti si possono osservare anche in altri mammiferi.

un giovane ippopotamo morto. La femmina alternava i movimenti dentro l'acqua, l'interazione con la carcassa (spingendola con il muso, sollevandola fuori dall'acqua e prendendola in bocca), l'attacco e la caccia dei coccodrilli che cercavano di nutrirsi della carcassa e il riposo in acqua per brevi periodi. Gli autori osservano che gli altri ippopotami avevano interazioni limitate con la carcassa, che però sono aumentate gradualmente nel corso della giornata; le interazioni includevano toccare la carcassa, spingerla nell'acqua, prenderla in bocca e muoversi con essa. A differenza di altri studi sugli ippopotami (Dorward, 2015), non sono stati osservati atti di cannibalismo. A detta degli autori, questo studio fornisce ulteriore conferma che anche gli ippopotami possono apparentemente mostrare comportamenti epimeletici nei confronti di un conspecifico morto.

Canidi. In letteratura ci sono pochi studi che documentano risposte comportamentali dei canidi nei confronti dei conspecifici morenti/morti; per esempio, Boyd et al. (1993) hanno presentato prove di lupi selvatici (*Canis lupus*) che seppellivano le carcasse di cuccioli di due settimane. Appleby et al. (2013) forniscono una descrizione delle risposte di una femmina adulta selvatica di dingo (la madre) e dei quattro fratellini alla morte di un cucciolo. I quattro cuccioli mostravano un comportamento sottomesso nei confronti del loro fratellino morente, soprattutto quando stabilivano con esso un contatto fisico; erano assenti quei comportamenti di gioco (lotta, morsi) che i cuccioli esibiscono normalmente. Similmente ad altre specie descritte in precedenza, la madre ha trasportato il cucciolo morto per almeno quattro volte; ognuno di questi spostamenti potrebbero essere, secondo i ricercatori, dei tentativi della madre di tenere il cucciolo morto vicino a sé e agli altri cuccioli durante i momenti di riposo, oppure dei tentativi di difendere la carcassa dai predatori. Ad ogni modo, questa propensione a rimanere vicino al cadavere è coerente con le osservazioni fatte sui primati, sui cetacei e sulle giraffe, e può essere indicativa di una preoccupazione duratura. Non sono stati osservati atti di cannibalismo, il che – secondo gli autori – suggerisce che né la madre né i quattro fratellini consideravano il cucciolo morto come una potenziale fonte di cibo, sebbene potesse esserlo.

Passando a canidi più addomesticati, ossia i cani, questi costituiscono la più grande fonte d'informazioni sul comportamento legato alla morte negli animali (Pierce, 2013). Il veterinario Michael Fox (2007) sostiene che le risposte del cane di fronte alla morte di un compagno, sia esso umano o conspecifico, sono molto variegate: mentre alcuni potrebbero non mostre all'inizio alcuna reazione, altri reagiranno ululando e piagnucolando, diventando depressi e svogliati; altri ancora cercheranno il compagno scomparso, diventando sempre più apprensivi, e veglieranno su di esso, raggomitolandosi vicino al cadavere. Come notato da Pierce (2013), le osservazioni di Fox sono state confermate dal *Companion Animal Mourning Project* (CAMP), che ha scoperto che due terzi dei cani esaminati mostravano quattro o più cambiamenti comportamentali evidenti dopo la morte di un compagno canino; ad esempio, alcuni mangiavano meno del solito o smettevano di mangiare, altri vocalizzavano più del normale, altri avevano avuto modificazioni del sonno, altri ancora erano diventati più appiccicosi, mentre altri erano più distanti (*International Association for Animal Hospice and Palliative Care*, 2012).

1.1.3 Morte naturale vs. morte violenta

I comportamenti visti finora sono stati tutti provocati dalla vista di un animale che moriva in circostanze 'naturali' (vecchiaia, malattia o predazione). Tuttavia, secondo Pierce (2013) c'è un'enorme differenza tra comportamenti nei confronti della morte per cause naturali e comportamenti nei confronti della morte violenta inflitta dagli esseri umani. A detta dell'autore, assistere all'uccisione della prole, del partner o di altri conspecifici può essere profondamente angosciante per l'animale, come si può evincere dai seguenti tre esempi. In primo luogo, numerosi studi osservano un aumento della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna (entrambe risposte allo stress) quando i ratti guardano altri conspecifici decapitati o quando un tovagliolo di carta con sangue essiccato di un ratto decapitato viene posto sopra la loro gabbia (Balcombe et al., 2004). In secondo

luogo, il cosiddetto 'effetto spettatore'[3] è stato documentato anche nei topi e nelle scimmie, ed è probabilmente presente in tutti gli animali con capacità empatica. Infine, gli etologi che studiano gli elefanti ritengono che questi animali altamente sensibili possano soffrire di disturbo da stress post-traumatico dopo aver visto i loro familiari o compagni di branco essere massacrati dai bracconieri (Bradshaw et al. 2005).

1.2 Gli atteggiamenti degli esseri umani di fronte alla morte

Le reazioni alla morte di un altro essere umano possono essere molte, e variano in base al rapporto che avevamo con esso e alle circostanze in cui è morto: possono andare dal profondo dolore per la morte di una persona cara (parente, partner, amico) alla totale indifferenza per la morte di uno sconosciuto, dall'incredulità e dalla rabbia per una morte improvvisa (per esempio, per omicidio) alla triste rassegnazione per una morte che era già preventivata da tempo (per esempio, per malattia terminale), fino ad arrivare allo shock per il ritrovamento di un cadavere, anche se appartenente ad uno sconosciuto. Ci sono casi in cui la morte di un'altra persona può addirittura provocare 'felicità', si pensi ad esempio alla morte di un nemico in guerra.

Al di là di quali possano essere le reazioni umane alla morte di un essere umano, nel tempo e nelle società si sono succeduti vari atteggiamenti nei confronti della morte e dei morti, alcuni scomparsi, altri ancora presenti. In questo paragrafo presenterò brevemente tali atteggiamenti, basandomi sul lavoro di Beit-Hallahmi del 2012.

1.2.1 Avversione

In generale, un corpo senza vita suscita in noi una sorta di avversione (Beit-Hallahmi, 2012; Davies, 2002; Frijda, 1986). Possono essere date almeno tre spiegazioni sul perché la vista di un cadavere provochi repulsione.

[3] L'effetto spettatore (*bystander effect*) è un fenomeno della psicologia sociale che si riferisce ai casi in cui gli individui non offrono alcun aiuto a una persona in difficoltà quando sono presenti anche altre persone (https://it.wikipedia.org/wiki/Effetto_spettatore)

Ipotesi patogena. Boyer (2001) sostiene che la repulsione che la vista di un cadavere provoca in noi è il riflesso dell'attivazione del nostro sistema di contagio: proviamo avversione perché i morti sono una potenziale fonte di agenti patogeni. I cadaveri iniziarono ad essere visti come fonte di pericolo biologico nel XIX secolo, quando il loro smaltimento cominciò a essere discusso come problema igienico-sanitario in termini laici e utilitaristici (Laderman, 1996). Sempre secondo Boyer, il sistema di contagio potrebbe spiegare i complessi rituali che si possono osservare in tutto il mondo e sin dall'antichità: noi reprimiamo questa avversione nei confronti dei morti riservando ad essi speciali trattamenti e rituali funebri, che inconsciamente ci permettono di evitare i cadaveri e, quindi, potenziali malattie. Secondo l'autore, esattamente come la paura dei serpenti anche l'avversione per i cadaveri ha una storia evolutiva antica; tuttavia, la paura dei serventi non viene repressa come la l'avversione per i cadaveri.

Ad ogni modo, Boyer non fornisce alcuna prova dell'esistenza di questo sistema di contagio (Beit-Hallahmi, 2012). Inoltre, gli studiosi sono concordi nel ritenere che a meno che la morte non sia stata causata da un'infezione o una malattia pericolosa (come la tubercolosi, il colera o l'AIDS), normalmente non c'è nulla di patologico nel processo di decomposizione dei cadaveri (Iserson, 2001), che è biologicamente normale e innocuo, in quanto i batteri coinvolti nella decomposizione (in particolare *Escherichia coli* intestinale) si trovano già nel corpo vivente (Beit-Hallahmi, 2012). Ciò è stato confermato da numerose autorità sanitarie pubbliche e persino dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, secondo cui è sbagliato credere che i cadaveri siano fonte di malattia; secondo l'OMS (2006) è infatti improbabile che cadaveri generino focolai, sebbene possano causare intossicazioni alimentari e gastroenteriti se vanno a contaminare fonti d'acqua. In generale, è più facile infettarsi tramite un contatto con esseri viventi (umani e animali) che con i morti (Beit-Hallahmi, 2012). Infine, a dimostrare che i morti – di solito – non costituiscono un pericolo biologico ci sono anche gli studi sulla tanatologia evolutiva: i comportamenti legati alla morte che gli animali mettono in atto nei confronti di conspecifici/eterospecifici morenti/morti che sono stati presi in esame in questo capitolo non possono essere interpretati, secondo Beit-Hallahmi, come risposte evolute al pericolo biologico.

Ipotesi neuro-cognitiva. Un'altra ipotesi che può spiegare l'avversione per i cadaveri è costituita dalla teoria della discrepanza di Hebb (1946). Il cervello, che è programmato per captare novità, effettua un confronto tra esperienza passata e presente, tra aspettativa e percezione, quando rileva un'anomalia nell'ambiente; in caso di discrepanza si può generare paura e sorpresa, perché lo stimolo anomalo, diventato inaspettato, può costituire una minaccia. È probabile che la vista di un essere umano morto violi le aspettative percettive e quindi susciti automaticamente shock e paura, che crescono quando ci rendiamo conto che non ci sarà mai una risposta da quella persona. Al di là della violazione delle aspettative, le reazioni di paura spontanea a conspecifici mutilati e/o morti hanno senso in termini di sopravvivenza individuale e di specie, poiché la lesione all'integrità corporea dei conspecifici innesca un senso di minaccia per il sé (Beit-Hallahmi, 2012).

Ipotesi del ricordo del proprio destino. Secondo Beit-Hallahmi (2012), un'altra spiegazione dell'avversione per i cadaveri è che questi ci ricordano che la morte è una realtà inevitabile e che possiamo perdere la vita in qualsiasi momento; ogni essere umano dotato di razionalità sa che l'incontro con un cadavere è un incontro con il proprio futuro, una consapevolezza può essere 'ammorbidita' dai rituali culturali. Come sostiene Davies, "Il cadavere è il primo simbolo della morte" (Davies, 2002, p. 24).

1.2.2 Fascino e curiosità

Se da una parte i cadaveri possono generare avversione e repulsione, dall'altra possono suscitare fascino e curiosità. Per esempio, le mostre di cadaveri senza pelle conservati utilizzando il processo di plastinazione[4], che crea un aspetto molto realistico, hanno attirato negli ultimi anni milioni di spettatori, riscuotendo grande successo (Barboza, 2006; Jones & Whitaker, 2009; Moore & Brown, 2007; Walter, 2004); ne è un esempio la '*Body Worlds*' di Gunther von Hagens, inventore del processo di plastinazione, o la '*Real Bodies Experience*', sbarcata qualche anno fa in Italia. Ma anche

[4] Procedimento che permette la conservazione del corpo umano tramite la sostituzione dei liquidi con polimeri di silicone; in questo modo è possibile mantenere i corpi rigidi e inodori, mantenendo inalterati i colori (https://it.wikipedia.org/wiki/Plastinazione)

prima di queste mostre, luoghi come le catacombe di Palermo, dove poter osservare corpi mummificati, i musei egizi di Torino e del Cairo, dove poter osservare mummie risalenti all'Antico Egitto, e il museo archeologico dell'Alto Adige, dove poter vedere la mummia Ötzi di 5300 anni, hanno da sempre attirato l'attenzione di molti visitatori. Ossa, teschi e persino capelli (come quelli di Ludwing van Beethoven) di persone decedute da tempo e dotate di virtù e status sono esposti in molti musei di tutto il mondo, ricevendo visite da migliaia di turisti (Beit-Hallahmi, 2012). Gli esseri umani viaggiano per guardare reliquie, adorarle e pregarle per ricevere protezione (Fernandez, 2006; Levin, 2003); si dice che i corpi dei santi, ritenuti incorruttibili, non si decompongano grazie alle pie qualità che risiedevano in essi. *Ma perché questi corpi non provocano disgusto, ma interesse e curiosità?* Secondo Beit-Hallahmi, i processi di mummificazione, imbalsamazione e plastinazione creano distanza psicologica tra noi e coloro che riconosciamo come umani ma del tutto estranei, permettendoci di osservare da vicino senza provare disgusto e avversione. Inoltre, poter vedere resti di persone che hanno fatto la storia ci dà un illusorio senso di contatto con loro.

1.2.3 Cannibalismo

Il cannibalismo rituale, una pratica esistente da 600.000 anni (Walker, 2001), mette in discussione l'ipotesi dell'universale avversione nei confronti dei cadaveri (Defleur et al., 1999; Fernandez-Jalvo et al., 1999; Marlar et al., 2000; Mead et al., 2003; Stoneking, 2003); tale pratica prevede il consumo di un cadavere, di solito appartenente a un membro della famiglia.

Beit-Hallahmi fa l'esempio dei Wari', una popolazione indigena del Brasile di circa 2400 persone, praticavano sia il cannibalismo rituale sia il cannibalismo bellico, che hanno una diversa valenza: mangiare i propri nemici esprime rabbia e disprezzo, mentre mangiare i propri cari esprime affetto e rispetto (Conklin, 2001). Più drammatico è il caso dei South Fore, una popolazione indigena di circa 8000 individui che vive a Okapa, in Papua Nuova Guinea. Uomini e donne di questa popolazione avevano una dieta diversa: gli uomini mangiavano i migliori tagli di carne di maiale e di altri animali, mentre le donne e i figli mangiavano carne dei membri della propria famiglia deceduti. Questa pratica ha causato un'epidemia di *kuru*, una malattia cerebrale che causa sintomi come tremori, perdita

dell'equilibrio e incapacità di deglutire, e che tra il 1957 e il 1968 porto alla morte più di 1000 abitanti dei South Fore (Lindenbaum, 2015).

1.2.4 La trasformazione fisica dei morti

Mentre il cannibalismo rituale è piuttosto raro, la trasformazione fisica dei morti e il loro destino è una preoccupazione universale (Beit-Hallahmi, 2012). La maggior parte delle pratiche mortuarie mira a trasformare i corpi umani da uno stato instabile o umido ad uno stato stabile o asciutto (Hertz, 2016; Walter, 2004), e prevede una doppia sepoltura: la prima del corpo intero e la seconda delle ossa, che fanno meno paura e ribrezzo dell'intero cadavere. La fase umida è correlata alla decomposizione del cadavere e alla sua temporanea sepoltura in terra; la fase secca è legata alla comparsa delle ossa. Durante la fase umida, i vivi sperimentano il dolore per la separazione dalla persona amata e, contemporaneamente, la repulsione per il suo cadavere. Il tempo che intercorre tra la fase umida e la fase secca fornisce il tempo per la comparsa delle ossa, ma anche per il passaggio dell'anima del defunto nell'aldilà e per il superamento del lutto. Infine, la fase secca incorpora i morti nella loro nuova identità nell'aldilà (Hertz, 2016). La durata dell'intervallo di tempo che passa tra la fase umida e quella asciutta dipende dal tipo di metodo che viene usato per la trasformazione del cadavere. Per esempio, la cremazione (combustione del corpo umano fino alla distruzione) accelera il passaggio da una fase all'altra. Nella società occidentale contemporanea, la cremazione è ritenuta una strategia igienica, economica e ingegnosa per evitare la decomposizione. Viene eseguita meccanicamente, spesso senza la partecipazione dei membri della famiglia; le ceneri sono così diverse dal cadavere che viene eliminata ogni forma di avversione (Beit-Hallahmi, 2012). È interessante menzionare la *LifeGem Corporation* (http://www.lifegem.com), una società degli Stati Uniti che utilizza le ceneri per produrre diamanti artificiali, che possono poi essere incastonati in gioielli e indossati dai membri della famiglia, esprimendo la continua presenza dei morti nelle vite dei vivi (Beit-Hallahmi, 2012).

1.2.5 Morte e religione

La religione è stata per migliaia di anni il denominatore comune delle pratiche mortuarie e delle cognizioni sulla morte (Beit-Hallahmi, 2012). Secondo William James (1961), la religione significa

immortalità; infatti, credere nella religione significa negare la morte come definitiva e avere fede nella vita nell'aldilà, e tali credenze costituiscono la più potente compensazione contro la morte e la paura che essa suscita (Beit-Hallahmi & Argyle, 1997). Secondo la religione, la morte è semplicemente un punto di transizione dell'anima, un passaggio da una forma di esistenza a un'altra. L'inevitabile decadimento del corpo è irrilevante per l'anima eterna, che assicura la sopravvivenza della coscienza e dell'identità (Beit-Hallahmi, 2012).

A questo punto, viene naturale chiedersi perché sia così importante occuparsi dei resti fisici se l'unica cosa che conta è l'anima. Secondo Beit-Hallahmi, la preparazione de cadaveri per la fase successiva dell'esistenza umana è un compito molto importante dei riti mortuari, perché permette di stabilire una relazione di scambio tra l'anima del defunto e i vivi: il defunto riceverà il trattamento culturalmente stabilito sulla terra, mentre l'anima intercederà per i vivi nel mondo degli spiriti; questo assicura quella relazione continua e reciproca tra l'umanità e il mondo degli spiriti, per cui gli esseri umani fanno affidamento sugli spiriti per la sopravvivenza e la protezione, mentre gli spiriti godono delle nostre offerte e dei nostri culti. Accettiamo quindi di trattare un cadavere che suscita orrore e avversione per stabilire un patto con l'anima, che porterà fortuna in questa vita e nell'altra. Per esempio, nei funerali degli ebrei ortodossi viene chiesto al defunto di perdonare coloro che hanno maneggiato il suo corpo per qualsiasi sofferenza inflitta (Beit-Hallahmi, 2012). Oppure, i Sati prevedono riti funebri che richiedono la morte di alcuni sopravvissuti (Weinberger-Thomas, 1999). Ancora, secondo le credenze dei Wari', gli spiriti dei morti ritornano in vita sottoforma di pesci o pecari, principale fonte di nutrimento della tribù; gli antenati-pesci e gli antenati-pecari cercano cacciatori della loro famiglia e si offrono di essere fucilati, per assicurarsi che la loro carne andrà a nutrire le persone amate (Conklin, 2001). Infine, gli ebrei chassidici del XIX secolo credevano che le anime degli uomini giusti migrassero in bestie kosher, che dovevano essere massacrate con i coltelli più affilati, altrimenti si sarebbero causate inutili sofferenze ai giusti (Beit-Hallahmi, 2012).

CAPITOLO 2:

La tanatofobia: definizione, *excursus* storico, panoramica teorica e misurazione

"Tutto quello che so è che debbo morire, ma quello che ignoro di più è questa stessa morte che non posso evitare" (Pascal, *Pensieri*, p. 72). È con questa frase che il filoso francese Blaise Pascal ci ricorda una delle caratteristiche che rende unici gli esseri umani: la consapevolezza della propria mortalità. Se da una parte tale consapevolezza ci fa rimanere vigili su possibili pericoli che si possono trovare nell'ambiente (istinto di sopravvivenza), dall'altra parte crea una consistente fonte di ansia (Hoelterhoff, 2015). Sebbene l'ansia o la paura che la morte genera nell'uomo sia un argomento antico, fino agli anni '50-'60 non si trovano molte ricerche a riguardo. A detta di Kastebaum e Costa (1977), ad esercitare un effetto soffocante sulla ricerca potrebbe essere stata l'affermazione di Freud (1956, 1959) secondo cui non possiamo veramente capire o accettare la nostra mortalità: se siamo consapevoli che non possiamo conoscere la morte, cosa dovremmo indagare e studiare? Fortunatamente, tra la fine degli anni '60 e l'inizio degli anni '70 si assiste a una fioritura di studi sulla psicologia della morte, che indagano la paura della morte in una varietà di popolazioni (Frazier e Foss-Goodman, 1988).

In questo capitolo illustrerò innanzitutto come il costrutto di tanatofobia è stato definito da vari autori, considerando le differenze che esistono tra ansia e paura della morte e la multidimensionalità del costrutto. In seguito, prenderò in esame l'analisi dello storico francese Philippe Ariès sulle attitudini dell'essere umano nei confronti della morte dal Medioevo ai giorni nostri. Passerò poi ad una panoramica teorica sulla paura della morte, prendendo in considerazione sia alcuni approcci filosofici che le più influenti teorie psicologiche sul tema. Infine, presenterò quali sono gli strumenti maggiormente utilizzati per misurare il costrutto della paura e dell'ansia di morte.

2.1 Definizione della paura della morte

2.1.1 Ansia vs. paura

La paura o ansia della morte, detta anche tanatofobia, viene definita da Tomer (1992) come l'ansia vissuta nella vita quotidiana causata dall'anticipazione dello stato in cui si è morti. Sebbene in questa Tesi i termini di 'ansia' e 'paura' riferiti alla morte verranno usati in maniera interscambiabile, è bene precisare che tali concetti non sono sinonimi. Alcuni autori hanno infatti proposto definizione diverse per i due termini. May (1950) è stato il primo a proporre una distinzione tra ansia e paura della morte: mentre la paura ha un obiettivo chiaro (una minaccia imminente) l'ansia no; secondo l'autore, quindi, l'ansia è legata all'incertezza, il che porta spesso all'insicurezza. Momeyer (1988) afferma che l'ansia per la morte si riferisce al terrore del completo annientamento, mentre la paura della morte si riferisce ad una convinzione più concreta secondo cui la morte sia spaventosa. Ancora, Cicirelli (2006) ha affermato che l'ansia della morte è legata ad una consapevolezza mentale della perdita dell'esistenza, mentre la paura della morte è legata ad una consapevolezza fisica di tale perdita. A confermare la differenza tra ansia e paura ci sono anche le ricerche biologiche, che dimostrano che i due costrutti derivano da strutture anatomiche separate ma prossimali e correlate (Lehto e Stein, 2009): l'ansia è strettamente associata all'attivazione del sistema setto-ippocampale, con percorsi che si estendono alle regioni corticali più elevate (Gray, 1985); la paura è più specificamente associata all'attivazione del complesso amigdaloideo, un sistema che permette una reazione rapida e automatica orientata alla sopravvivenza (Larson et al., 2006).

Nonostante ci siano distinzioni anatomiche tra i due costrutti, ansia e paura sono vissute dall'uomo in modo intrecciato, soprattutto nelle situazioni in cui la sopravvivenza viene minacciata. Secondo LeDoux (2008), i due sistemi possono essere attivati contemporaneamente, ma quello amigdaloideo viene immediatamente raggiunto a livello preconscio. Vari autori poi non distinguono tra ansia e paura della morte. Per esempio, Yalom (1980) definisce l'ansia della morte come un terrore terribile che risiede nell'inconscio, che si forma precocemente nello sviluppo e che non è spiegabile con parole o immagini. Christian (1981) vede l'ansia della morte come una paura pervasiva della non-esistenza.

Infine, Carpenito-Moyet (2008) definisce l'ansia per la morte come l'apprensione e la paura dell'annientamento che deriva dalla consapevolezza della perdita dell'esistenza, spesso indescrivibile a parole o con immagini.

In conclusione, vari autori sono concordi del definire la paura o l'ansia della morte come l'apprensione causata dall'anticipazione della non-esistenza, dello stato in cui non si è più in vita.

2.1.2 Unidimensionalità vs. multidimensionalità

Le prime ricerche sulla paura della morte consideravano tale costrutto come unidimensionale. Tuttavia, gli studi successivi che hanno messo in luce vari tipi di paure suscitate dalla morte hanno portato i ricercatori a riconsiderare la natura del costrutto, concludendo che in realtà la paura (o l'ansia) della morte sia un concetto multidimensionale.

Per esempio, Choron (1964) identifica tre tipi di paura della morte: paura di ciò che viene dopo la morte, paura dell'evento/processo di morte e paura di smettere di esistere.

Anche Lester (1967a) identifica tre dimensioni della paura della morte: paura della propria morte, paura della morte degli altri e paura degli effetti della morte. Insieme a Collett (Collett e Lester, 1969) identifica poi quattro dimensioni, due intrapersonali e due interpersonali: paura della propria morte (*Death of Self*), paura del proprio processo di morte (*Dying of Self*), paura della morte altrui (*Death of Others*) e paura del processo di morte altrui (*Dying of Others*).

Secondo Kastenbaum e Aisenberg (1972), la morte è la paura dell'estinzione, dell'annientamento, dell'obliterazione o della cessazione.

Nelson e Nelson (1975) delineano invece quattro dimensioni del costrutto: evitamento della morte, paura della morte, negazione della morte e riluttanza a interagire con i morenti. Nello stesso anno, Bell identifica due dimensioni: la dimensione cognitiva della morte, che riguarda la frequenza dei pensieri sulla morte e il grado di interesse mostrato nelle discussioni relative alla morte, e la dimensione affettiva della morte, che riguarda il grado di paura associato alla morte, il grado di

volontà di discutere della morte personale con gli altri e il grado di volontà di discutere della morte con un amico intimo malato terminale.

Nella costruzione del loro questionario, Stout e collaboratori (1976) delineano tre dimensioni dell'ansia di morte: mancanza di paura della morte, esperienza con la morte e il morire, e consapevolezza dell'onnipresenza della morte. Inoltre, identificano sei prospettive sulla morte: (1) morte percepita come dolore, solitudine e fallimento; (2) morte percepita come coraggio e ricompensa di un aldilà; (3) morte percepita come ignota, misteriosa e ambigua; (4) morte percepita indifferentemente; (5) morte percepita come una fine naturale dell'esistenza; (6) morte percepita come punizione per il male e per l'abbandono delle persone a carico, accompagnata a sentimenti di colpa. Queste sei dimensioni ricordano le otto prospettive della morte identificate da Spilka et al. (1977) nella costruzione della loro scala (vedi *sottoparagrafo 2.5.12*).

Nella *Multidimensional Fear of Death Scale* (vedi *sottoparagrafo 2.5.7*), Hoelter (1979) ha identificato otto dimensioni: (1) paura del processo di morte, (2) paura di una morte prematura, (3) paura per gli altri significativi, (4) paura fobica della morte, (5) paura di essere distrutti, (6) paura per il proprio corpo dopo la morte, (7) paura dell'ignoto e (8) paura dei morti.

Infine, Florian e Mikulincer (1983) identificano una componente intrapersonale, una componente interpersonale e una componente transpersonale della paura della morte. La prima componente, quella intrapersonale, fa riferimento all'impatto della morte sulla mente e sul corpo, e include paura di non poter realizzare i propri obiettivi e paura dell'annientamento. La seconda componente, quella interpersonale, fa riferimento all'effetto della morte sulle relazioni interpersonali. La terza componente, quella transpersonale, fa riferimento alla paura sul sé trascendentale, e include paura dell'aldilà e di una punizione dopo la morte.

2.2 L'analisi storico-temporale di Ariès sulle attitudini dell'uomo nei confronti della morte

Nel suo saggio *Storia della morte in Occidente: dal Medioevo ai giorni nostri* (*Essais sur l'histoire de la mort en Occident: du Moyen Age à nos jours,* 1975), lo storico francese Philippe Ariès ha documentato gli atteggiamenti nei confronti della morte in Occidente, dal Medioevo ai giorni nostri,

ricomprendo un arco temporale di più di 1500 anni; nello specifico, Ariès cerca di spiegare come la morte viene affrontata dalle vittime, quali sono gli effetti che essa provoca sul contesto sociale che circonda il morente e come gli ospedali combattono la morte (https://it.wikipedia.org/wiki/Storia_della_morte_in_Occidente). A questo scopo, Ariès usa la letteratura, come i testi antichi e i romanzi (Aramesh, 2016); sebbene questa metodologia sia stata criticata (Mazlish, 1975), sembra essere il modo miglior per 'scavare' nella storia e trovare gli atteggiamenti nei confronti della morte di persone morte centinaia di anni fa (Aramesh, 2016). Ariès raggruppa le attitudini nei confronti della morte in quattro atteggiamenti di base correlati ai periodi storici, che riflettono il modello di adattamento di quel periodo (Hossain e Gilbert, 2010).

2.2.1 La Morte Addomesticata

Il primo atteggiamento viene definito 'Morte Addomesticata' ed è riscontrabile fino al XII secolo circa. Secondo Ariès (1975), nel primo Medioevo la morte era vista come parte integrante della vita quotidiana, come un evento familiare, non minaccioso e – quindi – non ansiogeno. Tipicamente, il morente era consapevole della sua imminente dipartita, che avveniva nel suo letto e con i propri cari a fianco, e la accettava con calma rassegnazione. Il trapasso del moribondo prevedeva una cerimonia che era caratterizzata da una serie di gesti rituali (di cui l'unico ecclesiastico era l'assunzione finale) e il cui scopo ultimo era quello di addomesticare, di domare la morte. A questa cerimonia, che non creava alcun imbarazzo al morente o alla sua famiglia, poteva partecipare l'intera comunità, persino sconosciuti e bambini. Secondo Ariès, i luoghi di sepoltura sono lontani dalle case e dalle città e di solito si trovano nei cimiteri, dove i morti sono sotto la protezione dei loro santi e risorgeranno con la seconda venuta di Gesù. I non credenti semplicemente non resusciteranno, rimarranno morti.

2.2.2 La Morte del Sé

Il secondo atteggiamento viene definito 'Morte del Sé' ed è riscontrabile tra il XII e il XVIII secolo. Secondo Ariès (1975), il secondo Medioevo è caratterizzato da un'aumentata presenza della religione cattolica, che apporta degli adeguamenti nella ritualità, nella finalità e nel significato della morte; in

particolare, la Chiesa Cattolica insegna che ogni persona verrà giudicata per le sue azioni dopo la morte, e verrà quindi punita con la dannazione o premiata con il Paradiso. Qui si può già notare un'importante differenza rispetto al periodo precedente: mentre nel periodo precedente il giudizio viene dato sulla base dell'appartenenza del corpo alla Chiesa, in questo periodo il giudizio avviene al momento del trapasso e si basa sulle azioni compiute in vita; in altre parole, mentre prima la salvezza dell'anima si otteneva tramite la semplice sepoltura (anche in modo anonimo) all'interno di una struttura ecclesiastica, adesso la salvezza si ottiene seguendo la morale e la virtù in vita. Ne consegue quindi che la morte diventa più personale e crea paura ed ansia per il giudizio. Secondo Ariès, il significato cerimoniale del letto di morte è cambiato dall'assistere alla morte al testimoniare i momenti prima del giudizio in cui i comportamenti del morente implicano la sua redenzione o la sua caduta. Questo lo si può vedere anche nelle rappresentazioni dell'epoca, che mostrano il letto del moribondo circondato da diavoli e angeli che combattono, rispettivamente, per tentare e salvare l'anima del morente. In questo periodo nascono le *Ars Moriendi*[5], la morte diventa la conclusione della propria biografia e le lapidi tornano ad essere personalizzate con ritratti e iscrizioni. La seconda venuta di Gesù è considerata come il tempo della redenzione per i credenti e della caduta per i non credenti e i peccatori; quindi, la morte non è più un destino e un fato comune e uguale per tutti gli uomini, ma è tempo di salvezza per alcuni e di devastazione per altri.

2.2.3 La Morte dell'Altro

Il terzo atteggiamento viene definito 'Morte dell'Altro' ed è riscontrabile a partire dal XVIII secolo. Secondo Ariès (1975), in questo periodo la morte diventa un momento di rottura del quotidiano, perdendo il suo carattere di familiarità; si assiste alla sostituzione dell'accettazione con la paura e alla sostituzione della testimonianza della morte con il lutto. Il lutto provato da familiari e amici, che si limitano ad essere spettatori e meri esecutori degli atti testamentari, si accompagna ad emozioni forti ed eccessivi che esprimono intolleranza e non accettazione della morte della persona amata; ciò

[5] Due scritti latini che contengono suggerimenti sui protocolli e le procedure per una buona morte, con dei testi su come 'morire bene' secondo i precetti cristiani del tardo Medioevo.

contribuisce a rendere questo periodo un''era sentimentale'. Di conseguenza, le tombe diventano più ornate ed elaborate, sebbene i cimiteri vengano posti al di fuori delle città, poiché ora i cadaveri diventano un problema igienico-sanitario. In sostanza, la morte è un evento che riguarda un altro anonimo, da qui la morte dell'altro.

2.2.4 La Morte Proibita/Negata

L'ultimo atteggiamento viene definito 'Morte Proibita' ed è riscontrabile a partire dalla fine del XIX secolo. Secondo Ariès (1975), nell'ultimo periodo la morte diventa un tabù: il trapasso viene in tutti i modi nascosto perfino al malato, che non è più un protagonista ma una semplice comparsa succube della volontà altrui, e che deve semplicemente preoccuparsi di mantenere uno stile di vita accettabile mentre muore. Siamo quindi lontani dai tempi in cui il morente si congedava da familiari e amici, consapevoli e rispettosi del suo bisogno d'isolamento; ora, fino alla fine bisogna fingere che non si morirà mai. Le decisioni sul malato vengono prese dall'équipe medica, che in questo modo libera la famiglia da un peso gravoso. Inoltre, l'istituzione e la popolarità degli ospedali, insieme a moderne e sofisticate tecnologie sanitarie, hanno trasformato il momento della morte da una morte prevista/attesa nella propria casa e circondata da amici e familiari a una morte indesiderata e combattuta sul letto d'ospedale, mentre si è incoscienti e soli; in altre parole, il luogo della morte non è più il letto di casa ma il letto dell'ospedale, che libera i luoghi della quotidianità da una presenza così 'imbarazzante'. In questa era, le eccessive emozioni del periodo precedente sono sostituite da un evitamento della morte e da un tentativo di eliminarla dalla vita quotidiana. Terminato il funerale, i congiunti evitano di manifestare eccessive emozioni e di mantenere il lutto, in quanto tali comportamenti, che invece di nascondere la morte la palesano, ostacolano il ritorno alla vita quotidiana. Le condoglianze divengono tacite e imbarazzanti, paradossalmente proprio da parte di coloro che sono i più dispiaciuti. Essi, infatti, credendo che il modo migliore per aiutare i familiari del morente sia quello di minimizzare l'evento per non rinnovare il dolore, senza rendersi conto che in realtà stanno aumentato l'isolamento in cui già versano a causa del lutto. Poiché la morte non deve esistere, il cadavere viene sottoposto a pratiche come la cremazione o l'imbalsamazione. Inoltre, in

questo periodo la morte diventa un bene di consumo, come dimostrato dalle tombe decorate e dalle pratiche di marketing delle agenzie funebri, che commercializzano i loro servizi e prodotti. Questa è la morte proibita o negata che caratterizza la nostra epoca.

2.2.5 Conclusione

Con la sua analisi storica degli atteggiamenti della cultura occidentale nei confronti della morte, Ariès (1975) evidenzia come la morte sia passata dall'essere un evento normale della vita quotidiana all'essere un evento da ignorare, evitare e nascondere (Hossain e Gilbert, 2010).

2.3 (Alcuni) Approcci filosofici sulla paura della morte

La consapevolezza della morte e l'ansia che essa genera sono stati temi di particolare interesse per i filosofi (Hoelterhoff, 2015). Secondo Moore e Williamson (2003) la filosofia rappresenta il più razionale tentativo dell'umanità di affrontare il problema della morte. Come diceva Schopenhauer, la morte è la musa ispiratrice della filosofia.

Sebbene gli approcci filosofici non siano delle teorie psicologiche, secondo Tomer (1992) ci sono almeno tre ragioni per considerare alcune prospettive filosofiche sul tema della morte:

1. In primo luogo, gli approcci esistenziali e fenomenologici in psicologia si basano su solide basi filosofiche.
2. In secondo luogo, ci sono stati alcuni interessanti tentativi di utilizzare descrizioni filosofiche della morte come modelli psicologici.
3. In terzo luogo, sia la prospettiva filosofica che quella psicologica enfatizzano la necessità di dare un senso alla morte.

In questa sezione illustrerò il pensiero di alcuni dei più celebri filosofi riguardo la morte e la paura che essa suscita nell'uomo.

2.3.1 Socrate

Per Socrate, avere paura della morte significa credersi saggi quando non lo si è affatto: la maggior parte delle persone infatti ritiene che la morte sia il peggiore di tutti i mali, senza però sapere se in

realtà è il migliore dei beni; in altre parole, avere paura della morte significa pensare di conoscere ciò che non si conosce (Platone, *Fedone*). Secondo Deretić (2020), Socrate ha ragione quando dice che non possiamo avere conoscenza di ciò che non possiamo nemmeno sperimentare, perché possiamo sperimentare la morte solo morendo: non ci sono processi epistemologicamente affidabili – inclusa la percezione, la memoria, la deduzione o l'induzione – da poter usare per determinare come potrebbe essere la morte; nella migliore delle ipotesi, ci sono solo testimonianze fornite da coloro che si dice osservino l'aldilà, ma queste non forniscono alcuna prova di affidabilità. Se non abbiamo né esperienza né conoscenza della morte, non possiamo sapere con certezza cosa sia la morte o come dovremmo valutarla. Per Socrate, quindi, la paura della morte è un'ignoranza 'biasimabile', perché basata sulla riluttanza a mettere in discussione le proprie opinioni e ad essere critici a riguardo.

2.3.2 Platone

Nel *Fedone*, Platone sostiene che tutti – filosofi inclusi – temiamo la morte, perché siamo esseri incarnati. Di fatto, ogni essere umano ha un corpo, che è pieno di ansie e paure; inoltre, il corpo è la prigione dell'anima, che così non può contemplare il mondo delle idee. Quindi, in accordo con questa visione, non bisogna avere paura della morte, perché questa ci libera dalla prigionia del corpo fisico, conducendoci all'autentica dimensione dell'essere. Sempre secondo Platone, sebbene tutti gli esseri umani temano la morte, il filoso teme la morte meno del non filosofo, poiché esso è in grado di ridurre e controllare le paure del suo corpo e poiché ha una maggiore fiducia nell'immortalità dell'anima, che permette di realizzare il suo desiderio centrale: la saggezza (Austin, 2009; http://giovanniciri.blogspot.com/2016/01/la-morte-e-la-paura-della-morte.html).

2.3.3 Epicuro

Epicuro sostiene che la paura della morte è irrazionale. Nella *Lettera a Meneceo*, Epicuro afferma che avere paura di morire è una cosa da sciocchi, non tanto perché ci farà soffrire quando la morte arriverà, ma perché ci farà soffrire in prospettiva; di fatto, ciò che non provoca fastidio nel presente provoca dolore immotivato nell'attesa. Continua Epicuro, "La morte (...) non è nulla per noi, visto

che quando esistiamo la morte non c'è, e quando c'è la morte noi non esistiamo più" (Epicuro, *Lettera a Meneceo*, pag. 1).

2.3.4 Montaigne

Se nel Medioevo le persone cedevano a una paura ossessiva della morte, nel Rinascimento cominciarono a pensare di non essere più schiave del loro destino e della morte, e di poter prendere la vita nelle proprie mani imparando a vivere pienamente e creativamente (Choron, 1963). Lo spirito rinascimentale è espresso nelle idee del saggista francese Montaigne (1993), secondo cui non bisogna avere paura della morte, perché è essa che dà alla vita il suo valore (Moore e Williamson, 2003). Inoltre, per Montaigne meditare sulla morte attraverso la filosofia permette di raggiugere la libertà: "Chi ha imparato a morire ha disimparato a servire" (Montaigne, *Saggi*).

2.3.5 Filosofia del XVI secolo: Cartesio e Kant

Gli approcci filosofici del XVI secolo alla paura della morte spesso riflettevano l'ordine dell'universo. Cartesio (1984) sosteneva che non dobbiamo temere la morte, perché la mente/anima è eterna, e il decadimento del corpo non implica necessariamente la distruzione della mente. Kant (1908) affermava che non possiamo confutare Dio, la libertà e l'immortalità, la cui esistenza è sostenuta dalla ragione; non c'è bisogno di temere la morte, diceva Kant, perché la morte è cambiamento (Moore e Williamson, 2003).

2.3.6 Filosofia del XIX secolo: Kierkegaard e Schopenhauer

Kierkegaard (2013) sostiene che la consapevolezza della propria esistenza genera due emozioni, gioia e paura: gioia per essere vivi, il che ci motiva a perseguire i nostri obiettivi e a creare una vita piena di significato; paura per la consapevolezza che un giorno moriremo. Secondo Kierkegaard, il risultato di vivere questa vita umana consapevole è una lotta per l'essere contro il non-essere. Kierkegaard ha usato i termini 'angoscia' o 'terrore' per riferirsi a ciò che chiamiamo 'ansia di morte'. Il termine 'angoscia' di Kierkegaard si riferisce anche al senso di colpa o al rimorso per non aver vissuto la propria vita al massimo (Craib, 2003).

Il pensiero di Schopenhauer sulla morte ricorda quello di Montaigne: “Se la nostra vita fosse senza fine e senza dolore, a nessuno forse verrebbe in mente di domandarsi perché il mondo esista e perché sia fatto proprio così, ma tutto ciò sarebbe ovvio” (Schopenhauer, *Il mondo come volontà e rappresentazione*). Un po’ come per Montaigne, per Schopenhauer è la morte che dà alla vita il suo valore.

2.3.7 Filosofia del XX secolo: Heidegger, Jaspers e Sartre

Gran parte della filosofia esistenzialista del XX secolo riflette la necessità di trovare un significato in un mondo scosso dalle guerre mondiali, che hanno portato talmente tanta morte e talmente tanto dolore da spogliare completamente la vita umana dal significato che la cultura occidentale aveva costruito nei secoli precedenti. I filosofi moderni esprimono così la necessità di trovare un significato personale alla vita umana che è vincolata dalla finalità della morte (Moore e Williamson, 2003).

La preoccupazione di Heidegger è quella di demistificare la morte, insegnando all’individuo a sviluppare un atteggiamento adeguato nei suoi confronti e a vivere in modo autentico (Moore e Williamson, 2003). Nel loro studio, Hossain e Gilbert (2010) affermano che secondo il filosofo la morte è sia qualcosa di determinato, nel senso che è inevitabile per l’essere umano, sia qualcosa di indeterminato, nel senso che non sappiamo quando e come la morte arriverà. Secondo Heidegger, pensare alla morte può generare angoscia (o ansia), che può a sua volta creare una chiara comprensione che la morte è una possibile modalità di esistenza. Quindi, l’angoscia può portare alla libertà dalla paura della morte, ma solo se si smette di negare la nostra mortalità. In altre parole, la posizione di Heidegger implica che la morte sia da un lato la minaccia dell’inesistenza, dall’altro una precondizione per una comprensione più piena della nostra vita e, infine, per liberarci dall’ansia (Tomer, 1992). Tutto ciò crea a sua volta spazio per l’autenticità, per cui la morte diventa un aspetto arricchente e liberatorio, piuttosto che spaventoso, dell’esperienza umana (Hossain e Gilbert, 2010).

Jaspers (1963) sostiene che le prove dell’immortalità sono difettose, e che gli individui dovrebbero affrontare stoicamente l’orrore del non-essere imparando a morire (Moore e Williamson, 2003).

Per Sartre (1992) la morte impedisce all'individuo di realizzare le proprie possibilità, riducendo la propria esistenza a ciò che questa esistenza è veramente: una 'passione inutile', un niente. La riflessione sulla morte è, da questo punto di vista, una riflessione sull'insignificanza dell'esistenza. Sembra, quindi, che dovremmo prevedere una maggiore ansia della morte nella misura in cui si trascorre più tempo a pensare alla morte (Moore e Williamson, 2003). Neimeyer e Chapman (1980) hanno elaborato l'affermazione di Sartre in *L'Essere e il Nulla*, secondo cui la morte riduce l'essere alla propria essenza, che è il proprio passato, ciò che si è stati. Detto questo, una persona che ha realizzato in larga misura i suoi progetti di vita centrali è meno probabile che sia ansiosa per la morte rispetto a una i cui progetti sono rimasti incompleti. Sembra però che su questo punto Sartre condivida sostanzialmente la posizione di Heidegger, che presenta il rifugio nel passato come non autentico: gli individui dovrebbero accettare la finitezza della morte e cercare la libertà attraverso la conoscenza di come morire (Moore e Williamson, 2003; Tomer, 1992).

2.3.8 Hofstadter

Hofstadter (1979) contrappone due livelli sulla non esistenza personale. A un primo livello ci si considera 'solo un altro essere umano'; è chiaro allora che l'inesistenza personale è, a lungo termine, inevitabile. A un secondo livello si cerca di considerare la non esistenza come un attributo del sé; tuttavia, un 'sé inesistente' è inconcepibile. Per Hofstadter, quindi, la massima comprensione e assimilazione della morte è impossibile. (Tomer, 1992).

2.3.9 Considerazioni finali

Gli approcci filosofici visti in questa sezione differiscono nelle loro conclusioni sulla possibilità che la riflessione sulla morte possa conferire un significato alla vita (Moore e Williamson, 2003). Naturalmente, le conclusioni di ogni filosofo sono legate sia alla sua epoca che alle condizioni sociali in cui viveva (Tomer, 1992). In generale, è possibile collocare ogni pensiero lungo un *continuum* ai cui estremi abbiamo da una parte la morte come liberazione dello spirito immortale e dall'altra la morte come completo annientamento; indipendentemente dal lato in cui ci si pone, la morte non deve

essere temuta, o perché questa permette all'anima di liberarsi dal corpo materiale ed elevarsi al mondo delle idee, o perché non può infliggere ulteriori punizioni (Moore e Williamson, 2003). Come detto all'inizio del paragrafo, l'intera impresa filosofica può essere vista come una risposta culturale umana altamente evoluta al problema fondamentale della morte. Ad ogni modo, è compito della psicologia guidare le ricerche che si propongono di aumentare la comprensione della paura della morte (Tomer, 1992).

2.4 Teorie psicologiche sulla paura della morte

La paura generata dalla consapevolezza della morte è stato un tema di interesse non solo della filosofia, ma anche della psicologia. Come sostenuto da Tomer (1992), a differenza della filosofia la psicologia permette di comprendere meglio il costrutto dell'ansia di morte e tutto ciò che gravita attorno ad esso. Due teorie influenti hanno dominato il pensiero sull'ansia e la paura della morte fino alla fine del XX secolo, quella di Freud e quella di Becker. La teoria di Becker ha poi stimolato lo sviluppo di uno dei più enormi contributi all'area di ricerca sulla paura della morte, la teoria della gestione del terrore di Greenberg, Solomon e Pyszczynski, che rientra nella più ampia categoria di modelli e approcci secondo cui le persone affrontano la morte tramite la repressione o la costruzione di illusioni positive; un esempio di tali teorie è il modello dei due fattori dell'ansia di morte di Templer. Altri approcci che hanno permesso di approfondire e comprendere il tema della tanatofobia sono la teoria dello sviluppo psicosociale di Erikson e le teorie dello sviluppo intellettivo in età adulta (modelli post-formali), la teoria dei costrutti personali di Kelly, le teorie dell'autorealizzazione, le teorie della ricerca di significato e la teoria della discrepanza del concetto di Sé di Higgins. Modelli recenti comparsi tra ultimi anni del XX secolo e i primi anni del XXI secolo includono la teoria del rimpianto di Tomer ed Eliason, la *edge theory* di Kastenbaum, le ipotesi sulla morte e l'adattamento di Hossain e la teoria della gestione del significato di Wong. In questo paragrafo verranno analizzate nello specifico tutte queste teorie.

2.4.1 La tanatofobia di Sigmund Freud

Una delle prime teorie sul tema della paura della morte è quella di Sigmund Freud, che nel suo celebre saggio intitolato *Pensieri per il tempo di guerra e di morte* (1915) afferma che le persone possono provare ansia per la morte, chiamata appunto tanatofobia (dal greco *thanatos*[6] che significa morte, e *phobos* che significa paura); tale paura si genera quando minacce dell'Es, del Super-Io o del mondo esterno mettono in pericolo l'Io. Tuttavia, secondo l'autore, questa paura in realtà maschera una fonte di preoccupazione più profonda: le persone non hanno paura della morte in sé, in quanto nessuno crede ed è certo della propria morte. L'inconscio, infatti, non si occupa del passare del tempo e delle negazioni, e non prende in considerazione il fatto che un giorno la vita potrebbe finire. Inoltre, ciò che si teme non può essere la morte, perché non si è mai morti. Quindi, le persone che esprimono paura della morte stanno in realtà cercando di affrontare conflitti infantili irrisolti con cui non riescono a venire a patti o verso cui non riescono ad esprimere emozioni.

2.4.2 La visione esistenzialista di Becker

La visione esistenzialista[7] di Becker (1973) ha completamente stravolto e trasformato le teorie sull'ansia di morte. Nel suo libro *The Denial of Death* (1973), Becker afferma che l'ansia della morte non solo è reale, ma è anche la più profonda fonte di preoccupazione delle persone. L'ansia che la morte suscita è così intensa da generare molte delle paure e delle fobie che le persone sperimentano nella vita di tutti i giorni. Le paure di essere soli o di ritrovarsi in uno spazio ristretto sono solo alcuni esempi dell'impatto di tale paura. Secondo tale ipotesi, gran parte del comportamento quotidiano delle persone consiste in tentativi di negare la morte e quindi di tenere sotto controllo la loro ansia di base. Tuttavia, le persone spesso hanno difficoltà a controllare la loro ansia, soprattutto se realtà allarmanti si intromettono di continuo o se sono esposte a promemoria della loro vulnerabilità. Becker sostiene che è qui che la società svolge un ruolo importante, poiché rafforza le difese individuali

[6] Thanatos era secondo gli antichi egizi la personificazione maschile della morte.
[7] L'esistenzialismo comprende quegli indirizzi di pensiero che concepiscono la filosofia come l'analisi dell'esistenza, cioè del modo di essere specifico dell'uomo, caratterizzato dall'irripetibilità e dalla precarietà (https://www.treccani.it/enciclopedia/esistenzialismo/).

contro l'ansia della morte; di fatto, molte credenze e pratiche favoriscono la negazione della morte (per esempio, le agenzie funebri con i loro fiori).

La teoria di Becker fa parte di quei modelli teorici o approcci che sostengono che (1) le persone hanno bisogno di proteggersi dall'ombra della morte usando la repressione o delle illusioni positive, e (2) che i sistemi simbolici siano mezzi efficaci per creare e mantenere un'illusione di immortalità. Rientrano in questa categoria di approcci la teoria della gestione del terrore di Greenberg e collaboratori (1986), il modello dei due fattori dell'ansia di morte di Templer (1976) e le teorie dell'illusione dell'autocontrollo. Questi tre approcci verranno analizzati separatamente nei sottoparagrafi successivi.

2.4.3 Teoria della gestione del terrore (Terror management theory, TMT)

Uno dei più grandi contributi all'area di ricerca psicologica che si occupa della paura della morte è la teoria della gestione del terrore (*Terror management theory*, TMT), una teoria sviluppata da Greenberg, Pyszczynski e Solomon nel 1986 e basata sugli scritti di Becker *(The Denial of Death*, *The Birth and the Death of Meaning, Escape from Evil)*. La TMT e Becker condividono la credenza che le illusioni positive (che nella TMT sono chiamate, come si vedrà, visioni del mondo) possano 'tamponare' l'ansia di morte (Collins et al., 1990; Greenberg et al., 2004; Taylor et al., 1984).

La teoria della gestione del terrore di Greenberg et al. (1986) si basa su due semplici osservazioni. In primo luogo, gli esseri umani hanno a disposizione molti sistemi che permettono di far fronte alle minacce, favorendo la sopravvivenza. In secondo luogo, gli esseri umani hanno sviluppato la consapevolezza che la morte è inevitabile e che può sopraggiungere in qualsiasi momento a causa di una varietà di fattori; questa consapevolezza, in un animale che è progettato per evitare la morte, può generare intensa ansia o terrore, che devono essere gestiti di continuo. Secondo gli autori della TMT, tale gestione avviene attraverso la fede in una visione del mondo e di se stessi che nega la natura precaria e transitoria della propria esistenza. Queste visioni del mondo culturali permeano la realtà esterna con ordine, stabilità, significato e scopo, e offrono alle persone un modo per vivere dopo la

morte, sia letteralmente attraverso un'anima immortale, sia simbolicamente attraverso un'identità che trascende la morte.

La TMT ha due implicazioni (Solomon et al., 1991). La prima è che l'autostima e le visioni del mondo servono per tamponare (*buffering*) l'ansia: le persone si sforzano per difendere l'autostima al servizio della sicurezza psicologica e questi sforzi dipendono dalla specifica visione del mondo culturale a cui l'individuo aderisce. La seconda implicazione è che essendo questi costrutti (autostima e visioni del mondo) delle costruzioni sociali fragili, le persone reagiranno negativamente a coloro che criticando la loro visione del mondo o aderendo ad una visione del mondo diversa minacciano la fede nella loro visione del mondo come esseri di valore. Secondo gli autori, le minacce alla propria visione del mondo possono essere affrontate con quattro tipi di difese. La prima difesa è la derogazione: se considero coloro che hanno una visione del mondo diversa dalla mia come ignoranti o cattivi, allora le loro credenze alternative possono essere respinte. La seconda è l'assimilazione: se credo che queste persone si stiano sbagliando, allora posso aiutarli a vedere le cose nel modo giusto, rafforzando così la mia visione del mondo. La terza difesa è l'accomodazione, che prevede di incorporare aspetti della visione del mondo alternativa nella propria. La quarta e ultima difesa è l'annientamento: se ritengo che la mia visione del mondo sia giusta e quella degli altri sia sbagliata, allora la mia prevarrà.

Riassumendo, la TMT si basa sulla funzione protettiva dell'autostima e delle visioni del mondo culturali. Se queste strutture riescono nel loro ruolo, allora ricordare alle persone la loro mortalità dovrebbe rafforzare le visioni del mondo e l'autostima (prima ipotesi), il che a sua volta dovrebbe ridurre l'ansia di morte (seconda ipotesi); invece, minacciare queste strutture dovrebbe aumentare l'ansia e portare le preoccupazioni riguardo la morte vicino alla consapevolezza (terza ipotesi) (Greenberg e Arndt, 2011). Centinaia di studi hanno supportato queste tre ipotesi. Per quanto riguarda la prima ipotesi, gli studi hanno dimostrato che ricordare alle persone la propria mortalità (salienza della morte, SM) incrementa le reazioni positive alle persone con le stesse visioni del mondo e le reazioni negative alle persone con visioni del mondo diverse (Greenberg e Arndt, 2011). Per quanto

riguarda la seconda ipotesi, gli studi hanno dimostrato che rafforzare l'autostima riduce l'ansia in risposta alle minacce (Greenberg et al., 1992) e le reazioni difensive e l'accessibilità ai pensieri legati alla morte dopo aver ricordato la mortalità (per esempio, Arndt et al., 1997). Per quanto riguarda la terza ipotesi, le ricerche hanno dimostrato che i promemoria della mortalità, le critiche alle visioni del mondo e le minacce all'autostima incrementano l'accessibilità ai pensieri legati alla morte ma non ad altri pensieri negativi (ad esempio, Friedman e Rholes, 2007, Schimel et al., 2007).

Infine, nella loro teoria della gestione del terrore, Greenberg et al. (1986) propongono due tipi di difese contro i pensieri legati alla morte e l'ansia che questi possono suscitare. Quando i pensieri sulla morte sono espliciti (coscienti) utilizziamo difese prossimali o dirette, che includono la soppressione di questi pensieri, la negazione della propria vulnerabilità o la prevenzione della morte; tali meccanismi pseudo-razionali fanno sembrare la morte un problema lontano, permettendo all'individuo di smettere di pensare ad essa. Invece, quando i pensieri sulla morte sono al di sotto della consapevolezza cosciente (impliciti) utilizziamo difese distali o simboliche, che comportano il rafforzamento di tre *buffer* contro il terrore della morte: in primo luogo, aumentiamo l'adesione alle nostre visioni del mondo (ad esempio, una maggiore identificazione con la nostra religione, nazione, squadre sportive e altri *ingroup*), mentre aggrediamo coloro che hanno visioni del mondo diverse; in secondo luogo, cerchiamo di aumentare la nostra autostima (ad esempio, attraverso comportamenti coerenti con le nostre visioni del mondo); infine, cerchiamo un attaccamento sicuro (ad esempio, cercando la vicinanza ai propri cari). Questi meccanismi di gestione del terrore portano l'accessibilità ai pensieri sulla morte a un livello *baseline*.

2.4.4 Modello dei due fattori dell'ansia di morte (Two-factor model of death anxiety)

Così come la teoria della gestione del terrore, anche il modello dei due fattori dell'ansia di morte di Templer (1976) rientra all'interno della più ampia categoria delle teorie del diniego. Tale modello postula che l'ansia per la morte è determinata da due fattori: il primo riflette la salute psicologica generale, mentre il secondo riflette specifiche esperienze di vita riguardanti il tema della morte. Gilliland e Templer (1986) hanno proposto che il primo fattore rappresenta l'ansia di morte, mentre

il secondo rappresenta la paura 'diretta' della morte. La letteratura sulla paura/ansia della morte ha fornito un abbondante supporto empirico al modello (Templer et al., 2006), confermando la relazione tra ansia di morte e sintomi di disadattamento (depressivi, psicotici…) e tra ansia di morte ed esperienze di vita (Tomer, 1992). Per quanto riguarda la prima relazione, Templer et al. (1974) – per esempio – hanno riscontrato un abbassamento dei punteggi sulla *Death Anxiety Scale* (DAS, vedi *sottoparagrafo 2.5.4*) con il trattamento farmacologico della depressione. Per quanto riguarda la seconda relazione, Roshdieh et al. (1999) – per esempio – hanno osservato una correlazione tra punteggi DAS ed eventi di vita legati alla guerra tra Iran e Iraq (si veda il capitolo successivo per un approfondimento su come eventi di vita stressanti possono elicitare la paura della morte).

Lonetto e Templer (1986) hanno suggerito un terzo fattore indipendente dai primi due, di tipo esistenziale, che "incorpora il proprio senso di come ci si inserisce nell'universo, di come la propria vita si conformi a questo schema, e di come il fatto della morte rende la vita insignificante o significante" (p. 37).

2.4.5 Teorie dell'illusione dell'autocontrollo (Illusion of self-control theories)

Secondo le teorie sviluppate da Taylor e altri ricercatori (Taylor e Brown, 1988; Taylor et al., 1989), la maggior parte delle persone sviluppa e mantiene illusioni positive riguardanti se stessi, il mondo e la propria capacità di controllare l'ambiente e il futuro. Secondo gli autori, queste illusioni positive sono diverse dai meccanismi di difesa e favoriscono un adattamento psicologico positivo. Essendo 'credenze di ordine superiore' (Epstein, 1980), le persone non testano molto spesso le proprie illusioni; tuttavia, quando queste illusioni vengono testate e non confermate, vengono modificate in accordo con la realtà (Janoff-Bulman, 1989; Taylor et al., 1989).

Il tema delle illusioni legate alla morte è stato ampiamente discusso nel contesto di una persona che affronta malattie potenzialmente letali e nel contesto di una persona morente (ad esempio, Kubler-Ross, 1969; Taylor e Brown, 1988; Weisman, 1972). Le persone possono riconoscere l'inevitabilità della propria morte e considerarla come un evento appartenente a un futuro remoto, che non è rilevante per il proprio presente; tale convinzione ha un valore adattivo (Tomer, 1992), perché

permette di ridurre la paura della morte, e di conseguenza ci sarà una bassa inclinazione a disconfermarla (Epstein, 1980).

Le illusioni positive riguardo alla propria morte sembrano implicare sia una struttura del tempo personale sia credenze di elevato controllo. Per quanto riguarda il primo punto (struttura temporale personale) ci sono due possibilità: o si interpreta se stessi come aventi una lunga aspettativa di vita o, in alternativa, si delineano i propri progetti di vita nell'immediato ma non nel futuro remoto. Questa seconda possibilità implica una minor negazione e ha più il carattere di un'illusione che di una difesa (Taylor et al., 1989). In effetti, le ricerche empiriche suggeriscono che gli individui con un elevato livello di ansia di morte usano la prima strategia (Neimeyer et al., 1986), mentre quelli con un basso livello di ansia di morte usano la seconda strategia (Vargo e Batsel, 1981). Per quanto riguarda il secondo punto (credenze di elevato controllo), la teoria delle illusioni predice che l'ansia della morte è correlata negativamente con il *locus of control* interno e positivamente con il *locus of control* esterno[8]. Varie teorie confermano questa ipotesi, sebbene ce ne siano altre che sostengano che sono coinvolte ulteriori variabili (Tomer, 1992).

Tornando alla distinzione tra meccanismi di difesa e illusioni positive, a livello teorico una persona che usa meccanismi di difesa per far fronte all'ansia di morte dovrebbe avere un elevato livello di ansia da morte inconscia, mentre la teoria delle illusioni positive non presuppone l'esistenza di ansia di morte inconscia (Tomer, 1992).

2.4.6 Teoria dello sviluppo psicosociale di Erikson

La teoria psicosociale dello sviluppo di Erikson (Erikson, 1950, 1998; Erikson et al., 1989) fornisce una visione dello sviluppo umano con importanti implicazioni per quanto riguarda il ruolo dell'ansia di morte nella vita adulta, nonché per quanto riguarda l'eventuale destino della lotta contro tale paura

[8] Il costrutto di locus of control (Rotter, 1966) si riferisce alla valutazione soggettiva dei fattori a cui si attribuisce la causa di eventi, fatti ed esiti. Le persone con *locus of control* interno considerano esiti ed eventi conseguenti alle proprie azioni, mentre gli individui con *locus of control* esterno ritengono che eventi, esiti e risultati siano principalmente influenzati da forze esterne, poco o per nulla controllabili (https://www.stateofmind.it/tag/locus-of-control/).

(Tomer, 1992). Erikson individua otto fasi di sviluppo, ciascuna caratterizzata da una specifica crisi[9]. Secondo Tomer (1992), la crisi che si genera nella mezza età adulta (40-65 anni) tra generatività e stagnazione, dove l'individuo deve perpetuare e trasmettere valori culturali alla famiglia e alla comunità (Lehto e Stein, 2009), ha delle implicazioni per quel che riguarda la paura o l'ansia di morte. In primo luogo, è la consapevolezza della mortalità e della vicinanza alla morte che fa precipitare la crisi di questa fase (Gould, 1978; Jacques, 1965; Neugarten, 1977): lo sviluppo della generatività sottoforma di cura per i figli, per i nipoti, per la società, ecc. è una risposta a questa sfida. In secondo luogo, questa forma di 'trascendenza della morte' è di natura interpersonale, infatti implica l'interpretazione o l'estensione del sé per includere altri significativi e possibilmente l'intero sistema sociale e culturale (Meacham, 1988). La risoluzione – positiva o negativa – della crisi di questo stadio ha delle conseguenze, secondo Tomer (1992), sulla crisi dell'ultimo stadio, quella tra integrità dell'io e disperazione, che si verifica nella vecchiaia (65 anni in poi). Una persona che in questa fase vede la propria vita come un insieme significativo risolve positivamente le crisi di questa fase; nella formulazione di Lifton (1979), questa persona realizza la cosiddetta 'immortalità simbolica'. Invece, una persona che crede di aver sprecato la sua vita o di averla vissuta in modo sbagliato risolve negativamente questa crisi, e probabilmente sperimenterà elevata paura della morte. Quindi, a detta di Tomer, il collegamento tra il settimo (generatività vs. stagnazione) e l'ottavo stadio (integrità vs. disperazione) suggerisce una dinamica interessante: l'ansia di morte ha un effetto causale nel produrre la crisi di uno stadio la cui risoluzione positiva consente di passare allo stadio successivo. Una risoluzione positiva dell'ottavo e ultimo stadio sarà presumibilmente associata ad una bassa paura della morte.

Sebbene la teoria di Erikson costituisca un ricco sistema concettuale per lo studio dell'ansia di morte (Tomer, 1992), gli studi sul tema basati sulla sua teoria sono scarsi e si concentrano su determinati

[9] **Prima fase**: fiducia vs. sfiducia (infanzia); **seconda fase**: autonomia vs. vergogna e dubbio (prima infanzia); **terza fase**: iniziativa vs. senso di colpa (età genitale); **quarta fase**: industriosità vs. inferiorità (età scolare); **quinta fase**: identità vs. diffusione di identità (adolescenza); **sesta fase**: intimità vs. isolamento (prima età adulta); **settima fase**: generatività vs. stagnazione (mezza età); **ottava fase**: integrità dell'io vs. disperazione (vecchiaia).

problemi; ciò potrebbe essere dovuto al fatto che la teoria di Erikson è radicata nella psicologia dell'Io (una branca della psicoanalisi), mentre il problema dell'atteggiamento verso la morte è principalmente affrontato da autori che prediligono approcci esistenzialisti (Sekowski, 2020).

Secondo Tomer (1992), essendo una teoria centrata sull'Io il modello di Erikson è coerente sia con i recenti sviluppi del concetto di sé e delle sue motivazioni di base, sia con i concetti di revisione della vita (Butler, 1963; Romaniuk, 1981) e di costruzione della biografia (Marshall, 1980). Per quanto riguarda le teorie sul sé e sulle sue motivazioni di base, Dickstein (1977) ha per esempio proposto un modello basato su diversi tipi di autostima che si sviluppano in diverse fasi, le ultime delle quali sono il 'sé come integro' e il 'sé altruista'; in quest'ultima fase il sé tende a perdere i suoi confini, un fenomeno descritto da Erikson (1959) come 'diffusione dell'identità'. In accordo con la visione di Tomer, sia la realizzazione di un sé integro che quella di un sé altruista possono essere concepite come approcci diversi per 'risolvere' il problema della morte personale. Per quanto riguarda i simili concetti di revisione della vita e di costruzione della biografia, questi rappresentano sforzi per raggiungere la coesione e l'integrità, al fine di preparare l'individuo alla morte (Marshall, 1980); tuttavia, essi includono *bias* (*i.e.*, errori, distorsioni nel giudizio), come il *bias* della coerenza[10] e il *bias* dell'interpretazione del passato, che sono coerenti con l'esistenza di un bisogno di auto-valorizzazione (Greenwald, 1980). Questi *bias* riflettono l'importanza del compito di preparare un sé consapevole della morte che si avvicina (Marshall, 1980). Inoltre, i processi dell'io sono coerenti con le recenti teorie dell'adattamento attraverso le illusioni positive (Tomer, 1992).

Secondo Sekowski (2020) ci sono almeno tre importanti elementi che possono arricchire la comprensione degli atteggiamenti nei confronti della morte e che possono essere affrontati all'interno della teoria dello sviluppo psicosociale di Erikson: (a) i meccanismi di difesa, (b) il concetto 'complesso della morte', e (c) l'evoluzione degli atteggiamenti verso la morte nel corso della vita nel

[10] Bias che ci fa ricordare in modo errato i nostri comportamenti, atteggiamenti o opinioni passati in modo da farli assomigliare a quelli presenti (https://www.noemahr.com/cosa-sono-i-bias/); in questo modo crediamo di essere più coerenti di quanto non siamo in realtà.

contesto delle crisi di sviluppo normativo. Qui prenderò in considerazione solamente i primi due punti, mentre il terzo verrà discusso nel capitolo successivo.

Meccanismi di difesa. Sebbene Erikson non discuta il ruolo dei meccanismi di difesa nello sviluppo del ciclo di vita, egli sottolinea l'importanza di tali meccanismi per mantenere il senso di identità dell'Io e per supportare le funzioni dell'Io (Erikson, 1950, 1959, 1968; Erikson E. H. ed Erikson J. M., 1998). L'autore che ha sviluppato l'ipotesi dei meccanismi di difesa all'interno del concetto di sviluppo psicosociale è Vaillant (1971, 1992, 2012), che definisce i meccanismi di difesa come modelli di sentimenti e comportamenti che si manifestano nello stile di vita e che condizionano l'adattamento psicosociale; secondo l'autore, i meccanismi di difesa sono operazioni mentali involontarie che consentono all'individuo di affrontare affetti spiacevoli rimuovendoli dalla coscienza. Poiché la consapevolezza della propria morte può suscitare molti sentimenti spiacevoli, i pensieri sulla morte possono innescare meccanismi di difesa (Sekowski, 2020). Vaillant classifica i meccanismi di difesa in quattro gruppi: maturi, nevrotici, immaturi e narcisistici. I meccanismi di difesa maturi – come la soppressione, l'anticipazione, l'umorismo, l'altruismo e la sublimazione (Vaillant, 1971, 2012) – possono consentire una gestione adattiva della consapevolezza della morte. Una persona che usa questi meccanismi può sopprimere i pensieri sulla morte 'spostandoli' dal conscio al preconscio, senza però negare la propria finitezza e il significato che questa ha. Inoltre, tali meccanismi possono tenere adeguatamente conto dell'inevitabile fine della vita nel proprio progetto di vita (Sekowsy, 2020). I meccanismi di difesa nevrotici – come l'intellettualizzazione, lo spostamento, la formazione reattiva e la dissociazione (Vaillant, 1971, 2012) – sono organizzati attorno alla rimozione[11] (Kernberg, 2012). Poiché l'uso di tali meccanismi dipende dalla loro intensità e dalle circostanze in cui vengono applicati, è più difficile prevedere come possono influenzare gli atteggiamenti nei confronti della morte; tuttavia, Sekowsy (2020) sostiene che possiamo trovare alcune idee in Freud (1907, 1930), secondo cui il senso di colpa che porta alla repressione delle

[11] Meccanismo di difesa che bandisce dalla consapevolezza sentimenti che possono creare disagio emotivo.

pulsioni sessuali e aggressive può essere spostato sulla religione. Freud ha paragonato la religione a un disturbo ossessivo-compulsivo collettivo e la religiosità individuale ad una strategia di difesa nevrotica (Prout et al., 2018). Schilder e colleghi associano la paura nevrotica della punizione e il desiderio di ricompensa con la paura dell'inferno e la fede nel paradiso (Bromberg e Schilder, 1933; Schilder e Wechsler, 1934). Similmente, Erikson riteneva che la religione offrisse sia uno spazio per compiere atti di penitenza per impulsi repressi e proibiti, sia la speranza di fronte a gravi difficoltà della vita (Erikson, 1950; Erikson E. H. ed Erikson J. M., 1997). Vaillant (2017) collega la fede nell'aldilà con la speranza, indicando un effetto positivo sull'invecchiamento. Tenendo conto di tutte queste idee si può concludere che le difese nevrotiche favoriscono una visione religiosa della morte, cioè una visione della morte come passaggio nell'aldilà; credere nel paradiso può dare la speranza che la morte non sia la fine dell'esistenza e che l'aldilà offra una ricompensa per i sacrifici che si sono fatti in vita, mentre credere che possa esserci una punizione infernale può facilitare la repressione delle proprie pulsioni (Sekowsy, 2020). I meccanismi di difesa immaturi – come l'ipocondria, la fantasia schizoide, la proiezione, il comportamento passivo-aggressivo e l'*acting out* – sono organizzati attorno alla scissione[12] (Kernberg, 2012; Klein, 1948) e per questo possono portare ad un atteggiamento disadattivo nei confronti della morte, che può essere espresso, tra le altre cose, attraverso la paura, la negazione e l'attrazione per la morte (Sekowski, 2019). Il rapporto tra difese immature, angoscia della morte e negazione della realtà della morte può talvolta assumere la forma di un circolo vizioso: le difese primitive intensificano la paura esistenziale, che può a sua volta rafforzare e irrigidire l'immatura difesa dell'Io, che sostiene il diniego della morte (Segal, 1958). L'uso di meccanismi di difesa immaturi provoca anche disturbi nella regolazione della propria aggressività, che spesso portano ad aggressività auto-diretta, la quale può manifestarsi con attrazione verso la morte e con idee e comportamenti suicidari (Sekowsy, 2020).

[12] Meccanismo di difesa che consiste nello scindere, nel separare in modo netto le qualità contraddittorie (o ritenute tali) ma conviventi dell'Io o dell'oggetto (cioè, l'Altro).

Complesso della morte. La comprensione degli atteggiamenti nei confronti della morte all'interno della teoria dello sviluppo psicosociale dell'Io può essere arricchita dal riferimento al concetto di complesso della morte; infatti, il termine 'complesso' è stato usato da Erikson, soprattutto nel libro *Infanzia e Società* (1950). Un complesso è un gruppo di idee e sentimenti consci e inconsci reciprocamente correlati, organizzati attorno a un problema specifico che esercitano un'influenza dinamica sulla struttura di atteggiamenti, emozioni, comportamenti e cognizioni (Laplanche e Pontalis, 1973; Rycroft, 1968). Quindi, in virtù di tale definizione, gli atteggiamenti nei confronti della morte sono un derivato del complesso della morte. Nonostante l'atteggiamento verso la morte sia un fenomeno individualizzato, è possibile identificare alcune dimensioni di natura relativamente universale (Sekowski, 2020):

- Una prima dimensione è la paura o ansia della morte, che riflette vari sentimenti spiacevoli legati alla prospettiva della finitezza della vita (Lester, 1994; Thorson e Powell, 1992). Colarusso (2014) osserva che la paura patologica della morte può riguardare varie fantasie inconsce a vari stadi di sviluppo (separazione, perdita, punizione, penitenza, sconfitta o castrazione). Secondo Hurvich (2018), l'eccessiva paura della morte può anche essere dovuto al rivivere intense angosce di annientamento o di separazione.
- Una seconda dimensione è la negazione della morte, che a livello comportamentale può manifestarsi nell'evitare di parlare o pensare e alla morte (Becker, 1973; Kübler-Ross, 1969).
- Una terza dimensione – contraria alla precedente – è l'accettazione della morte, che fa riferimento a un rapporto positivo con la propria finitezza. Per esempio, Wong et al. (1994) distinguono tre tipi di accettazione della morte: neutrale, fuga e approccio (si veda *sottoparagrafo 2.3.15* per un approfondimento sulla teoria di Wong e collaboratori).

In conclusione, secondo Tomer (1992) e Sekowski (2020) la teoria psicosociale di Erikson in combinazione con altri concetti e modelli teorici può diventare una ricca fonte di idee e di ipotesi verificabili nell'area di ricerca sull'ansia di morte in varie popolazioni.

2.4.7 Teoria dei costrutti personali (Personal construct theory)

Nella sua teoria dei costrutti personali, Kelly (1955) afferma che gli individui cercano di rendere la realtà prevedibile, in modo da poter anticipare gli eventi. A tal scopo, l'individuo impiega un sistema di costrutti personali bipolari, ognuno dei quali serve ad organizzare e ad attribuire significato a una parte del suo mondo. Nel formulare costrutti, l'individuo astrae somiglianze e differenze degli 'elementi' (cose, persone, eventi o processi, che possono essere concreti o astratti), sviluppando gradualmente un sistema di credenze gerarchicamente organizzato con relazioni subordinate e sovraordinate tra i costrutti. Alcuni costrutti sono a un livello relativamente basso (periferico) e possono essere facilmente rivisti senza la necessità di rivedere l'intero sistema; altri – i cosiddetti costrutti fondamentali o '*core construct*' – sono molto più in alto nella gerarchia e la loro revisione implicherebbe cambiamenti radicali nell'esistenza della persona. Nel momento in cui le costruzioni fondamentali della realtà sono messe in discussione, cioè quando i costrutti fondamentali non descrivono la realtà, la persona sperimenterà una minaccia, definita da Kelly come "la consapevolezza dell'imminente cambiamento globale nelle proprie strutture centrali" (1995, p. 489). Secondo Kelly, la morte è l'esempio paradigmatico di minaccia; le minacce di morte sono le risposte psicologiche ed emotive negative che accompagnano il riconoscimento dell'eventuale morte personale, quando questa viene considerata incoerente con il resto del sistema di costrutti e con la realtà oggettiva. In altre parole, la minaccia di morte si genera quando si crea un'opposizione tra il concetto di sé e il concetto di morte.

Aldilà della definizione di minaccia, Kelly dà anche una definizione del concetto di ansia, che consente a sua volta di definire l'ansia di morte. L'ansia è definita da Kelly come "la consapevolezza che gli eventi che ci troviamo di fronte giacciono per lo più al di fuori del campo di pertinenza del nostro sistema di costrutti" (1995, p. 490). In altre parole, proviamo ansia quando le esperienze sfuggono alla nostra capacità di costruzione, rimanendo imprevedibili e incontrollabili, e quando siamo consapevoli di non possedere i giusti riferimenti per collocare gli eventi (Armezzani et al., 2003). Se consideriamo la morte come un evento a cui è difficile dare un senso e che quindi non può

essere sussunto sotto la struttura esistente, allora dovrebbe generarsi l'ansia. Di fatto, numerose ricerche empiriche confermano che la difficoltà a concepire la propria morte è associata ad una maggiore ansia (Tomer, 1992).

La teoria di Kelly è stata fruttuosa per la creazione del *Threat Index* (vedi *sottoparagrafo 2.5.11*) e per numerose ricerche che hanno fatto uso di tale strumento (Tomer, 1992). Per esempio, Robinson e Wood (1984, 1985) hanno utilizzato il TI per indagare la minaccia di morte, proponendo un modello additivo secondo cui la preoccupazione per la morte dipende da due fattori, l'attualizzazione e l'integrazione: il primo riflette la misura in cui il sé reale e il sé ideale sono valutati in modo simile su una serie di dimensioni, il secondo riflette le valutazioni di sé e della morte. Sebbene tale modello necessiti di ulteriori variabili esplicative (Neimeyer, 1985), esso sembra essere un passo promettente verso un modello completo sull'ansia di morte, in quanto è coerente sia con una teoria dei costrutti personali sia con un approccio dell'autorealizzazione (Tomer, 1992).

La teoria di Kelly ha stimolato altre linee di ricerche. Per fare un esempio, Neimeyer e colleghi (Neimeyer et al., 1986; Neimeyer e Moore, 1989) hanno condotto un lavoro sui sistemi di credenze legate alla morte e su come questi cambino nel tempo utilizzando il *Death Attitude Repertory Test*, che misura il modo in cui gli intervistati valutano le situazioni legate alla morte.

2.4.8 Teorie dell'autorealizzazione (Self-realization theory)

Alcuni autori come Maslow (1968, 1970) e Rogers (1959) hanno postulato che gli individui sono motivati a realizzare il loro potenziale.

Per Maslow, una persona che si è auto-realizzata ha – tra le altre caratteristiche – una maggiore accettazione di sé, una minore ansia e una minore paura della morte.

Per Rogers, l'autorealizzazione è un aspetto importante dell'attualizzazione, definita come una tendenza intrinseca a mantenere e migliorare l'organismo. L'ipotesi della personalità di Roger presenta il sé e il corrispondente impulso all'autorealizzazione come un risultato del processo di differenziazione (una manifestazione della tendenza intrinseca all'attualizzazione), che genera oltre al sé (*i.e.*, la rappresentazione simbolica di ciò che si è) il sé ideale, una rappresentazione di ciò che

si vorrebbe essere. Per comprendere la nozione di paura della morte bisogna analizzare i concetti di considerazione positiva, congruenza e valore. Secondo Rogers, l'individuo ha bisogno di considerazioni positive, che si sviluppano quando egli impara a provare considerazioni positive in relazione alle esperienze personali e indipendentemente dalle interazioni con altri significativi. In questo processo l'individuo inizia a evitare esperienze se non sono degne di considerazione o a cercarle se sono degne di considerazione. A questo punto l'individuo acquisisce 'condizioni di valore', una sorta di valori introiettati che riflettono la valutazione delle esperienze personali nei termini del loro contributo all'autostima. Quando l'individuo percepisce esperienze non adatte a queste condizioni di valore si difende distorcendo o negando l'esperienza o parte di essa; una rottura di queste difese, con la conseguente presa di coscienza dell'incongruenza, produce ansia. Secondo Rogers, nell'individuo ideale c'è una perfetta armonia tra le esperienze personali, la tendenza generale all'attualizzazione e all'autorealizzazione, e le esigenze di considerazione positiva e di autoconsiderazione; inoltre, la persona pienamente funzionante non ha bisogno di usare difese ed è completamente aperta alle esperienze. Di conseguenza, per una persona pienamente funzionante la morte potrebbe essere – paradossalmente e ironicamente – un'esperienza interessante (Rogers, 1995).

2.4.9 Teorie sulla ricerca del significato (Saerch-for-meaning theory)

Le teorie di ricerca del significato possono essere viste come complementari alle teorie dell'autorealizzazione. Tali teorie descrivono processi di riformulazione di percezioni, schemi di vita e atteggiamenti che si verificano in circostanze avverse e che aiutano a ritrovare uno scopo nella vita (Tomer, 1992). Secondo Thompson e Janigian (1988) il significato consiste sia nell'ordine (del mondo e del proprio posto in esso) sia nello scopo (della propria vita). Gli eventi negativi possono essere affrontati o modificando i propri schemi di vita in modo che si adattino ad essi o modificando la propria percezione dell'evento. La seconda strategia può essere utile per cambiare la propria percezione della morte: non più un male assoluto, ma un evento che alla fine dà significato alla vita; in questo modo è possibile ridurre l'ansia della morte (Tomer, 1992).

2.4.10 Teorie sullo sviluppo intellettivo in età adulta: i modelli post-formali

I post-piagetiani hanno formulato diversi modelli sul pensiero post-formale o dialettico, un quinto stadio oltre a quelli individuati da Piaget.[13] Secondo Kramer (1983, 1989), tale stadio è caratterizzato dal relativismo (consapevolezza che la realtà non è certa, assoluta e immutabile, e che ognuno può costruire la propria visione del mondo con gli strumenti che ha a disposizione), dall'accettazione delle contraddizioni (capacità di accettare che le contraddizioni esistono e possono riguardare anche i sentimenti nei confronti di altre persone) e dall'integrazione (capacità di mettere insieme idee contrastanti, arricchendo il proprio punto di vista). I cambiamenti fondamentali che i modelli post-formali postulano nei modi, nelle strutture e negli stili di pensiero (Hoyer et al., 1999) permettono di spiegare i cambiamenti nel concetto di morte e negli atteggiamenti nei confronti della morte che si verificano con l'avanzare dell'età (Tomer, 1992). Nello specifico, le teorie sul pensiero post-formale, come quella di Dittman-Kholi e Baltes (1990), suggeriscono un aumento della capacità degli individui di esprimere giudizi su questioni incerte della vita. Nel loro modello, gli autori fanno una distinzione tra saggezza pratica (relativa alla propria vita personale) e saggezza filosofica: la prima include la conoscenza di situazioni di vita reale personalmente rilevanti, la seconda include invece la conoscenza di attività cognitive che permettono di risolvere problemi di natura generale, sociale e culturale. Lo sviluppo della saggezza pratica dovrebbe facilitare i cambiamenti che si verificano nelle varie di sviluppo e consentire nella vecchiaia la costruzione di un concetto di sé e del mondo che permetta di integrare le proprie perdite e la consapevolezza della propria finitezza nel contesto della trasmissione intergenerazionale. Secondo Tomer (1992), un'implicazione del modello di Dittman-Kohli e Baltes è che l'aumento della saggezza pratica determina una maggiore capacità di accettare la morte, mentre lo sviluppo della saggezza filosofica – che richiede un livello superiore di astrazione e generalizzazione – può addirittura consentire di 'trascendere' la propria morte.

[13] Piaget, nella sua teoria dello sviluppo cognitivo, individua quattro stadi dello sviluppo che corrispondono a quattro periodi fondamentali: lo **stadio senso-motorio** (0-2 anni), lo **stadio pre-operatorio** (2-6/7 anni), lo **stadio operatorio concreto** (6/7-11 anni) e lo **stadio operatorio formale** (11 anni).

In conclusione, Tomer (1992) afferma che se i modelli post-formali si rivelassero efficaci, la loro integrazione con le teorie psicosociali dello sviluppo, come quella di Erikson, potrebbe fornire un modello di sviluppo promettente per lo studio dei cambiamenti nell'ansia di morte in età adulta.

2.4.11 Teoria della discrepanza del concetto di Sé (Self-Concept Discrepancy Theory)

La teoria della discrepanza del concetto di Sé di Higgins (1987) postula tre domini del Sé:

1. il Sé attuale, che include rappresentazioni di caratteristiche che crediamo di possedere (o che altri credono che possediamo);
2. il Sé ideale, che include rappresentazioni di caratteristiche che vorremmo possedere (o che altri significativi vorrebbero che possedessimo);
3. il Sé imperativo, che include rappresentazioni di caratteristiche che crediamo di dover possedere (o che altri significativi credono che dovremmo possedere).

Secondo la teoria di Higgins, la discrepanza percepita tra il sé reale e il sé ideale genera delusione e fallimento, mentre la discrepanza percepita tra il sé reale e il sé imperativo genera paura e ansia.

Una possibile applicazione di questa teoria al tema dell'ansia di morte potrebbe comportare un tentativo di distinguere (e prevedere) i sentimenti di fallimento associati alla morte dai sentimenti di ansia e paura associati alla morte (Tomer, 1992). I primi, secondo la teoria di Higgins, sono collegati a desideri non realizzati, mentre i secondi sono collegati a doveri e responsabilità non realizzati. Poiché la morte è un evento futuro, l'ansia che ne deriva potrebbe essere il risultato del sé che immagina un sé futuro che affronta la morte, il quale potrebbe avere molte caratteristiche del sé immaginante (cioè di quello presente); in particolare, ha una struttura del sé imperativo, del sé reale e del sé ideale che potrebbe essere molto simile alla struttura attuale. Se questa interpretazione è vera, significa che non è l'adempimento di desideri e responsabilità a determinare il livello di ansia di morte, ma la quantità di realizzazione 'anticipata' (Tomer, 1992). Ovviamente, con l'avanzare dell'età, la distanza tra realizzazione presente e anticipata si accorcia e quindi l'intero tema dell'autorealizzazione (in termini di desideri e responsabilità) diventa più critico (Tomer, 1992).

Secondo Tomer, dovremmo quindi aspettarci che l'interazione tra l'età e l'autorealizzazione abbia un impatto sull'ansia di morte.

2.4.12 Teoria del rimpianto (Regret theory)

Nel 1996, Tomer ed Eliason hanno proposto la teoria del rimpianto (*regret theory*), che si focalizza sul modo in cui le persone valutano la qualità e il valore delle loro vite. Secondo gli autori, è probabile che le persone che credono di non aver realizzato nulla di buono nella vita si sentano più ansiose e che si tormentino con rimpianti per fallimenti, opportunità mancate e pensieri di esperienze future che non potranno realizzare. La teoria del rimpianto, che è simile per alcuni aspetti all'approccio di revisione della vita di Butler (1963), ha anche implicazioni per la riduzione dell'ansia di morte: se le persone riescono a riconsiderare i propri ricordi e le proprie aspettative, e se riescono a scoprire come vivere più pienamente il momento presente, allora potrebbero provare una minore ansia di morte.

2.4.13 Edge theory

La *edge theory* è una teoria proposta da Kastenbaum (2000) che distingue tra il nostro basso livello quotidiano di ansia di morte e lo stato di vigilanza che viene suscitato quando incontriamo un pericolo. Secondo questa teoria, l'ansia di morte è il lato consapevole di una complessa risposta al pericolo; essa può favorire la sopravvivenza quando gli individui percepiscono se stessi in situazioni pericolose per la vita; pertanto, non è qualcosa che va sempre e necessariamente sedata o rimproverata. In accordo con Kastenbaum, quando ci troviamo in situazioni potenzialmente pericolose per la nostra sopravvivenza il nostro sistema di vigilanza si attiva, al fine di identificare la fonte del pericolo; è possibile che in queste situazioni abbiamo la momentanea sensazione di essere sull'orlo del 'non-essere'. Se siamo in grado di respingere o affrontare la minaccia, allora sperimenteremo solo un maggiore arousal; se invece non riusciamo a rispondere alla minaccia e continuiamo a sentirci al limite, allora verremo probabilmente travolti dall'ansia per la morte.

2.4.14 Ipotesi sull'adattamento alla morte (Death and adjustment hypotheses, DAH)

Le ipotesi sull'adattamento alla morte *(Death and adjustment hypotheses,* DAH) è stata proposta da Hossain in risposta alla travolgente ansia e dolore che la morte del figlio primogenito gli ha provocato. L'ipotesi – che cerca di trovare una soluzione per adattarsi alla morte – è stata presentata per la prima volta nel libro *Quest for a New Death: Death and Adjustment Hypotheses* del 2007, e poi elaborata nel secondo libro *Human Immortality: Death and Adjustment Hypotheses Elaborated* del 2008. Come delineato nei suoi libri, Hossain (2010) traccia due ipotesi per un atteggiamento e un adattamento ottimale nei confronti della morte:

- Ipotesi 1: In assenza di prove empiriche scientifiche, evitare di considerare la morte come il nostro fine assoluto sembra naturale ed è un punto di vista epistemologicamente valido. Pertanto, è anche più utile a livello pratico e per il nostro adattamento al fenomeno.
- Ipotesi 2: Cambiare la nostra visione sulla vita da una materialistica a una morale può aiutare a sradicare la negazione sociale della morte attraverso l'istituzione di un concetto sano del fenomeno a livello personale e sociale, che dovrebbe anche potenziare il nostro adattamento al fenomeno.

In conclusione, la morte viene vista come la più grande sfida di adattamento e come un evento quasi impossibile da affrontare; ad ogni modo, la morte è qualcosa di naturale e in quanto tale dobbiamo necessariamente adattarci ad essa (Hossain e Gilbert, 2010).

2.4.15 Teoria della gestione del significato (Meaning management theory, MMT)

Paul Wong (2008) ha sviluppato la teoria della gestione del significato (*Meaning management theory,* MMT), secondo cui le reazioni umane alla morte sono complesse, sfaccettate e dinamiche. Tale teoria propone cinque assunzioni:

1. Gli esseri umani sono esseri bio-psico-sociali e spirituali. Non possiamo essere pienamente umani ignorando gli aspetti sociali e spirituali del nostro essere. La MMT prevede che, a parità

di condizioni, l'incorporazione di valori e credenze spirituali può proteggere dalla paura della morte e facilitare l'accettazione della morte.

2. Gli esseri umani sono creature che cercano e creano significato, che vivono in un mondo di significati condivisi e socialmente costruiti; ciò permette di dare un senso alla vita. La MMT prevede che un senso di significato e di scopo non solo offre protezione contro i terrori della vita e della morte, ma contribuisce anche alla guarigione e al benessere rispetto ad altre variabili psicologiche, come il controllo interno e l'autoefficacia.
3. Gli esseri umani hanno due motivazioni primarie: (a) sopravvivere e (b) trovare un significato e una ragione per la sopravvivenza. La ricerca del significato è necessaria, a causa della nostra capacità di prendere coscienza della nostra eventuale morte e della paura dell'estinzione. La MMT prevede che quando la mera sopravvivenza è irta di lotte e sofferenze, scatenerà in noi la ricerca di ragioni per vivere nonostante il dolore.
4. Il significato può essere trovato in tutte le situazioni, comprese quelle più disperate e orribili. La MMT predice che il significato è essenziale per mantenere la speranza e la felicità di fronte alla sofferenza e alla morte.
5. Le tendenze motivazionali dell'evitamento e dell'approccio possono completarsi a vicenda per massimizzare la motivazione positiva. Ad esempio, la paura del fallimento e il desiderio di successo possono lavorare insieme per massimizzare lo sforzo per raggiungere il successo. Allo stesso modo, la tendenza a evitare la morte e la tendenza a cercare una vita felice possono lavorare insieme per massimizzare la nostra motivazione a vivere e morire bene.

Inoltre, nella sua teoria, Wong propone tre tipi di accettazione della morte: (1) neutrale, ossia accettare la morte razionalmente come un inevitabile evento della vita, (2) orientata all'approccio, ossia accettare la morte come una porta per una vita migliore nell'aldilà, e (3) orientata alla fuga, ossia accettare la morte come un'alternativa migliore ad un'esistenza dolorosa. Infine, Wong identifica dieci significati della paura della morte, sostenendo che questi hanno le loro radici nell'ansia di morte. Il primo significato è la finalità: la morte significa la cessazione di ogni speranza rispetto a questo

mondo. Il secondo significato è l'incertezza: non sappiamo cosa ci aspetta dopo la morte, perciò non dobbiamo avere paura. Il terzo significato è l'annientamento: l'idea del non-essere può essere molto minacciosa, perché sembra andare contro una convinzione forte e innata che la vita non debba essere ridotta al non-essere. Il quarto significato è la perdita definitiva: la morte ci fa perdere tutto ciò che abbiamo e che amiamo; ne consegue che coloro che sono più attaccati alle cose di questo mondo temono di più la morte. Il quinto significato è l'interruzione del flusso della vita: la morte può distruggere delle relazioni e i progetti di vita in corso. Il sesto significato è la paura di lasciare indietro i propri cari: più le relazioni sono strette, maggiore è la paura della separazione; questa paura è spesso aggravata da futuri rimpianti di non essere più in grado di prendersi cura di loro. Il settimo significato è la paura del dolore e della solitudine nel morire. L'ottavo significato è la paura di una morte prematura e violenta. Il nono significato è la paura di non riuscire a completare i propri progetti di vita. Il decimo e ultimo significato è la paura del giudizio o di ritorsioni: secondo le religioni occidentali ci sarà un giudizio dopo la morte, mentre secondo le religioni orientali ci potrebbero essere delle ritorsioni (karma); in entrambi i casi, gli individui potrebbero essere preoccupati di affrontare le conseguenze negative delle cattive azioni che hanno compiuto in vita.

Secondo Hossain e Gilbert (2010), questa teoria ha un buon potenziale per essere utilizzata nel lavoro con persone alle prese con problemi riguardanti la fine della vita e la morte.

2.4.16 Considerazioni finali

In questo paragrafo sono stati analizzati gli approcci psicologici più influenti sul tema dell'ansia e della paura suscitate dalla morte, che hanno fornito una migliore comprensione del tema. Sebbene si occupino di aspetti diversi della paura della morte, queste teorie hanno concetti che si sovrappongono (Barnett et al., 2018), il che significa che le minacce che generano ansia di morte possono essere classificate in base a due fattori: cause esterne, come la presenza e la ricerca di significato nella vita, e cause interne, come la valutazione di sé (Florian e Mikulincer, 1998).

2.5 Strumenti di misurazione

Come si è visto nel primo paragrafo di questo capitolo, le prime ricerche sul tema della paura della morte hanno trattato tale costrutto come se avesse una natura unidimensionale; pertanto, gli strumenti di misurazione sono stati costruiti di conseguenza (Gesser et al., 1988). Tali strumenti includevano la *Fear of Death Scale* di Sarnoff e Corwin (1959), la *Fear of Death Scale* di Boyar (1964), la *Attitude Toward Death Scale* di Lester (1967b, pubblicato nel 1991), la *Death Anxiety Scale* di Templer (1970), la *Death Concern Scale* di Dickstein (1972). Oltre a tali questionari, nella letteratura sulla paura della morte si può osservare l'uso di interviste, di tecniche proiettive (Templer, 1970) o di misure indirette come la risposta galvanica della pelle (ad esempio, Alexander e Adlerstein, 1958; Meissner, 1958). Per quanto riguarda le prime, queste spaziavano dalle 32 lunghe domande di Bromberg e Schilder (1933) alle due semplici e dirette domande di Jeffers et al. (1961): "*Hai paura della morte?*" e "*Credi nella vita dopo la morte?*". Per quanto riguarda le seconde, gli studi variavano nel tipo di tecnica utilizzata: alcuni hanno usato il *Thematic Apperception Test*[14] (TAT; Rhudick and Dibner, 1961; Shrut, 1958), altri hanno chiesto a studenti delle scuole superiori di scrivere dei saggi su cosa veniva loro in mente quando pensavano alla morte (Mauer, 1964), altri ancora presentavano l'immagine di una figura sdraiata e i soggetti dovevano specificare se tale figura era addormentata o morta (Corey, 1961).

Tuttavia, analisi fattoriali successive rivelarono che alcuni degli strumenti etichettati come unidimensionali erano in realtà multidimensionali (Gesser et al., 1988). Per esempio, la *Fear of Death Scale* di Boyar (1964) e la *Death Anxiety Scale* di Templer (1970) contengono dimensioni che fanno riferimento alla paura dello stato di morte e alla paura del processo di morte (Thorson e Perkins, 1977). La *Death Concern Scale* di Dickstein (1972) contiene tre diverse dimensioni: 'Valutazione Negativa', 'Preoccupazione per la Morte' e 'Nessuna delle due' (Gesser et al., 1988). Con la loro

[14] Il *Thematic Apperception Test* (test di appercezione tematica, TAT) è un test di personalità di tipo proiettivo che permette di valutare il contenuto dei pensieri espressi e le fantasticherie del soggetto, consentendo al clinico la conoscenza contemporanea di emozioni, atteggiamenti e processi cognitivi del soggetto. È il test proiettivo più utilizzato dopo il celebre test di Rorschach (https://it.wikipedia.org/wiki/Thematic_apperception_test).

Fear of Death and Dying Scale, Collett e Lester (1969) sono stati i primi a proporre uno strumento multidimensionale della paura della morte: di fatto, gli autori distinguono tra la Paura della Morte, propria e degli altri, e la Paura del Processo di Morte, proprio e degli altri; tuttavia, lo strumento è stato pubblicato solo nel 1990 (insieme a una versione rivisitata), e fino a quel momento poteva essere consultato solamente scrivendo agli autori. Nel 1979, Hoelter pubblica la *Multidimensional Fear of Death Scale*, aprendo la strada a strumenti di misurazione multidimensionali. Tra gli strumenti multidimensionali più utilizzati per misurare la paura e/o l'ansia di morte si trovano il *Death Attitude Profile* di Gesser et al. (1988), di cui esiste una versione rivisitata presentata da Wong et al. (1994), la *Revised Death Anxiety Scale* di Thorson e Powell (1992) e il *Death Anxiety Inventory* di Thomas-Sabado e Gomez-Benito (2005). Ulteriori strumenti che possono essere usati per misurare l'ansia di morte sono il *Threat Index* di Kreiger et al. (1974), che misura la minaccia di morte, e il *Death Perspective Scale* di Spilka et al. (1977), che misura le prospettive sulle morte.

In questo paragrafo verranno presentati gli strumenti sopracitati, al fine di dare una panoramica di come il costrutto di paura (o ansia) della morte viene misurato e valutato. Gli strumenti per intero sono riportati nelle corrispondenti Appendici. Naturalmente, in letteratura esistono moltissimi altri strumenti che permettono di raggiungere tale fine, ma che qui non verranno illustrati per motivi di spazio.

2.5.1 Fear of Death Scale (FDS, Sarnoff e Corwin)

Il primo tentativo di misurare le attitudini nei confronti della morte attraverso scale di misurazione è stato fatto probabilmente da Sarnoff e Corwin (Davies, 1984), che nel 1959 hanno sviluppato la *Fear of Death Scale* per valutare se ci fosse una relazione tra l'ansia da castrazione e la paura della morte. Brevemente, secondo la teoria dello sviluppo psicosessuale di Freud, ad un certo punto del suo sviluppo il bambino comincia a desiderare di possedere sessualmente il corpo della madre; questo desiderio non può essere sostenuto dal padre, che minaccia il figlio di castrarlo per i suoi desideri incestuosi e illeciti. Il bambino percepisce questa minaccia e prova intensa ansia (da castrazione), che cerca di ridurre evitando di provocare nel padre rabbia e gelosia. Il conflitto edipico si risolve quando

l'individuo, dopo essersi identificato con i tabù sessuali (Super-Io) del padre e dopo aver represso i desideri sessuali nei confronti della madre, riesce a spostare gli impulsi sessuali su altre donne senza provare ansia da castrazione. In linea teorica, un bambino esposto a un certo grado di minaccia di castrazione da adulto non dovrebbe provare ansia quando i suoi desideri sessuali sono suscitati da una donna diversa dalla madre, perché ha imparato ad anticipare l'ansia da castrazione solo quando l'oggetto del desiderio è la madre. Invece, un bambino che è stato esposto ad un'eccessiva minaccia di castrazione potrebbe essere portato da adulto a reprimere sentimenti sessuali non solo per sua madre, ma per qualsiasi altra donna, a causa dell'anticipazione dell'ansia da castrazione provocata dalla repressione dell'eccitazione sessuale.

Il concetto di ansia da castrazione è stato ampiamente usato dai terapeuti di stampo psicoanalitico per cercare di spiegare una varietà di fenomeni clinici (cfr. Esman, 1954; Fodor, 1947; Kobler, 1948; Rothenberg e Brenner, 1955; Starcke, 1921). Gli uomini che da bambini sono stati gravemente minacciati di castrazione possono essere soggetti ad ansia cronica, che deriva dal costante tentativo dei desideri sessuali repressi nei confronti di altre donne di entrare nella coscienza. Naturalmente, tali individui di solito non sono consapevoli che questa ansia è stimolata dai loro desideri sessuali repressi, ma ci si può aspettare che la loro ansia di fondo colori il contenuto dei loro pensieri coscienti, e che quindi siano preoccupati da idee che riflettono simbolicamente l'ansia di castrazione di cui non sono consapevoli. L'ipocondria è un eccellente esempio del modo in cui l'ansia da castrazione intensa ma inconscia possa essere espressa indirettamente; poiché la morte è la conseguenza estrema di un'ipotetica lesione, anche la paura che essa suscita può costituire un altrettanto ottimo esempio (Sarnoff e Corwin, 1959). Seguendo questo ragionamento, Sarnoff e Corwin ipotizzano che gli individui con elevata ansia da castrazione dovrebbero mostrare una maggiore paura della morte dopo essere stati esposti a stimoli sessualmente eccitanti rispetto agli individui con bassa ansia da castrazione.

Costruzione della FDS. Per verificare questa ipotesi, gli autori hanno somministrato a soggetti universitari di sesso maschile la cosiddetta carta dell'ansia di castrazione del *Blacky Test* (Blum,

1949) e la *Fear of Death Scale* (FDS). La FDS era stata originariamente pensata dagli autori come una scala a 7 item, sebbene poi due item siano stati eliminati in quanto non riuscivano a discriminare tra punteggi alti e bassi. Quindi, la FDS è composta da 5 item, a cui i soggetti dovevano rispondere utilizzando una scala Likert a 6 punti che va da -3 (*Fortemente in disaccordo*) a +3 (*Fortemente d'accordo*) (Vedi Appendice 1). Dopo aver completato queste due misurazioni, i soggetti sono stati sottoposti a due condizioni sperimentali: nella prima venivano mostrate foto di donne nude (condizione *high sexual arousal*, HAS), mentre nella seconda venivano mostrate foto di modelle vestite (condizione *low sexual arousal*, LAS). Dopodiché, i soggetti hanno di nuovo completato la FDS. Come previsto, è stata trovata una significativa correlazione positiva tra l'ansia da castrazione misurata dal Blacky Test e la paura della morte misurata dalla FDS. Inoltre, si è visto che i soggetti con elevata ansia di castrazione mostravano un aumento della paura della morte dopo aver visto diapositive altamente eccitanti sessualmente rispetto ai soggetti con bassa ansia di castrazione; invece, non è stata trovata alcuna differenza significativa tra i gruppi con alta e bassa ansia da castrazione quando venivano mostrare diapositive lievemente eccitanti sessualmente.

Validità e affidabilità. Sebbene Sarnoff e Corwin (1959) non riportino dati sull'affidabilità della FDS, la scala ha una buona validità, in quanto misura la paura della morte (Davies, 1984). Oltre a questo, la scala misura la tendenza a concordare con qualsiasi affermazione (poiché la scala non è bilanciata per la direzione del punteggio) e a dare risposte estreme (ad esempio, 'Fortemente d'accordo') piuttosto che moderate (Ad esempio, 'Lievemente d'accordo'); tali tendenze, secondo Eysenck e Wilson (1973), riflettono sia tratti di personalità che stati transitori.

2.5.2 Fear of Death Scale (FODS, Boyar)

Nel tentativo di dare un contributo significativo alla metodologia di ricerca nell'area della paura della morte, Boyar (1964) ha sviluppato e parzialmente validato la *Fear of Death Scale* (FODS).

Costruzione. Attraverso interviste individuali, Boyar ha raccolto trenta item, che sono stati poi sottoposti a dei giudici esterni che dovevano valutarne chiarezza e rilevanza per il tema della paura

della morte. Su 30 item originali, 22 hanno ricevuto valutazioni sufficientemente alte da determinarne l'inclusione nella scala. Questi 22 item sono stati incorporati in 78 item di mascheramento, che riguardavano prevalentemente gli atteggiamenti di cura dei figli. Altri quattro item sono stati poi scartati a causa della loro scarsa affidabilità, lasciando la scala finale con 18 item, che riguardavano il processo di morte, la finalità della morte, i cadaveri e la loro sepoltura (Vedi Appendice 2). I soggetti dovevano rispondere utilizzando una scala Likert a 6 punti (-3 = Fortemente in disaccordo, +3 = Fortemente d'accordo); il grado di accordo o disaccordo, secondo Boyar, definiva l'intensità della paura della morte.

Affidabilità e validità. Per verificare la validità della FODS, gli item dello strumento sono stati incorporati in item di mascheramento relativi alla sicurezza stradale. I soggetti sono stati arbitrariamente divisi in due gruppi, uno sperimentale e uno di controllo, che ricevevano lo stesso trattamento ad eccezione del tipo di stimolazione: mentre il gruppo sperimentale vedeva un film contenente scene di incidenti automobilistici mortali, il gruppo di controllo discuteva di problemi relativi al traffico urbano. Ad ogni soggetto è stato somministrato il FODS, la *Mood Adjective Check-List* (ACL) e questionari demografici e sullo scopo dell'esperimento. Il gruppo sperimentale ha riportato un aumento significativo dei punteggi relativi alla paura della morte, mentre il gruppo di controllo ha riportato solo lievi aumenti. Ulteriori analisi dimostrarono che l'affidabilità test-retest[15] in un intervallo di 10 giorni e la coerenza interna erano buone; tuttavia, a detta di Boyar, sono necessarie ulteriori analisi.

Durlak osservò che la FODS di Boyar possedeva una buona validità concorrente rispetto ad altre quattro misure di paura della morte (1972a). Tuttavia, lo strumento di Boyar sembra essere influenzato della desiderabilità sociale.

[15] L'affidabilità test-retest è una misura della coerenza di un test nel tempo.

2.5.3 Attitude Toward Death Scale

La *Attitude Toward Death Scale* è uno strumento ideato da David Lester nel 1967 usato in moltissimi studi, ma pubblicato solo nel 1991 ad opera dello stesso autore, il che ha reso difficile la sua reperibilità. Lo strumento, di cui Lester ha ideato due forme parallele, permette di ottenere sia un punteggio medio sulle attitudini nei confronti della morte, sia il grado di accordo/disaccordo nei confronti delle stesse; secondo l'autore, ciò servirebbe come misura dell'incoerenza degli atteggiamenti verso la morte dell'intervistato (Lester, 1967c).

Costruzione. La scala è stata concepita come una scala a intervalli equivalenti (Edwards, 1957), in cui le affermazioni sugli atteggiamenti nei confronti della morte sono misurate utilizzando le valutazioni date dai soggetti indicanti il grado di accordo o disaccordo. Lester è partito con la costruzione di 98 item sul tema della morte; 22 studenti di psicologia dovevano valutare quanto ogni item riflettesse un atteggiamento positivo verso la morte, su una scala Likert a 11 punti. Il risultato di questo processo è stato una scala – la *Attitude Toward Death Scale* – a 21 item; le due versioni (A e B) della forma parallela sono costituite da 20 item ciascuna (Vedi Appendice 3).

Analisi fattoriale. Due analisi fattoriali (Durlak e Kass, 1982; Rigdon ed Epting, 1982) hanno dimostrato che la Lester *Attitude Toward Death Scale* misura una generale paura della morte, in particolare la paura della propria morte.

Affidabilità e validità. Lo strumento ideato da Lester ha una buona affidabilità, ed è indipendente dalla desiderabilità sociale (Lester, 1991). Associando lo strumento alla *Fear of Death Scale* di Boyar (1964), alla Collett-Lester *Fear of Death Scale* (1969) e ad altre misure della paura della morte (Berman e Hays, 1973; Durlak, 1972a, 1979; Krieger et al., 1974) è emerso che ha una buona validità di costrutto.

2.5.4 Death Anxiety Scale (DAS)

La *Death Anxiety Scale* è uno strumento costruito e validato da Templer nel 1967, presentato nel 1969 e pubblicato nel 1970 (Templer, 2006). Lo strumento è composto da 15 item (vedi Appendice 4) con

formato di risposta vero/falso, sebbene esista anche una versione con formato di risposta di tipo Likert (McMordie, 1979). Si tratta senza dubbio dello strumento più utilizzato in tutto il mondo per la misurazione della paura della morte, non solo a detta dello stesso Templer (2006), ma anche di altri autori. Per esempio, Kastenbaum (2000) ha affermato che la caratteristica distintiva della DAS è il fatto di essere il primo questionario *self-report* per la valutazione psicometrica della paura della morte, e di conseguenza è lo strumento con il più ampio database. Secondo Neimeyer (1998) la DAS è il più popolare strumento per la misurazione degli atteggiamenti nei confronti della morte, che ha i vantaggi della brevità, dello *scoring* diretto e del nome riconoscibile, tutti aspetti che messi insieme hanno contribuito al suo utilizzo in centinaia di studi. La DAS è stata tradotta in moltissime lingue, tra cui africano, arabo, cinese, olandese, francese, tedesco, hindi, italiano, giapponese, coreano, portoghese, russo, spagnolo e svedese.

Costruzione e validazione. Nel suo lavoro, Templer (1970) è partito da 40 item. Sette giudici hanno valutato la validità di facciata[16], valutando ogni item con un punteggio da 1 a 5 (1 = Irrilevante per l'ansia di morte, 2 = Leggermente associato con l'ansia di morte, 3 = Moderatamente associato con l'ansia di morte, 4 = Considerevolmente associato con l'asia di morte, 5 = Fortemente associato con l'ansia di morte). Nove item hanno ricevuto una valutazione inferiore a 3 e sono stati quindi scartati. Dopo le analisi volte a valutare la coerenza interna[17] sono rimasti 15 item, che non erano ridondanti tra loro. La DAS risulta essere indipendente dalla desiderabilità sociale.

Per valutare la validità di costrutto[18] sono state eseguite due procedure. Nella prima sono stati reclutati pazienti psichiatrici che avevano volontariamente verbalizzato paure per la morte a preti o infermieri; questi pazienti sono stati abbinati a pazienti di controllo sulla base della diagnosi, del sesso e dell'età. I risultati hanno mostrato che il gruppo sperimentale aveva un punteggio DAS significativamente più alto rispetto al gruppo di controllo. Nella seconda sono stati somministrati a

[16] In psicometria, ha a che fare con l'aspetto esteriore del test, con l'impressione che può produrre nell'ipotetico soggetto (https://it.wikipedia.org/wiki/Validit%C3%A0_(psicologia)).
[17] Grado in cui tutti gli item di un test misurano allo stesso modo la variabile presa in esame.
[18] Quanto il test è connesso al costrutto che intende misurare.

studenti universitari la DAS, la *Fear of Death Scale* di Boyar (FODS, 1964), un compito di associazione di parole e il *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI). Per quanto riguarda la FODS, è stata trovata una relazione significativa tra questo strumento e la DAS, dimostrando la validità di entrambe le scale. Nel compito di associazione ai soggetti veniva presentata una parola e il loro compito era quello di scrivere le prime 10 parole che venivano in mente; sono state utilizzate 10 parole legate alla morte 4 neutre (questo al fine di rendere la natura della ricerca meno ovvia per i soggetti). Templer ha osservato che i soggetti che ottenevano alti punteggi DAS tendevano a scrivere parole che descrivevano emozioni, stabilendo così una relazione positiva tra il numero di parole emotive e il punteggio DAS; è plausibile che la comparsa di parole di tipo affettivo sia un segno di paura della morte. L'MMPI è stato impiegato per due ragioni. La prima è che tale strumento contiene tre misure di ansia, la *Manifest Anxiety Scale*, la *Welsh Anxiety Scale* e la *Welsh Anxiety Index*. Se la DAS correla con ciascuna di queste scale si potrebbe sostenere che misura l'ansia in generale piuttosto che in particolare. La seconda ragione per l'utilizzo dell'MMPI è stata che è stato considerata utile nel determinare la relazione tra il DAS e le variabili di personalità. La DAS correlava significativamente con la *Manifest Anxiety Scale* e la *Welsh Anxiety Scale*, ma non con la *Welsh Anxiety Index*; si può quindi concludere che la DAS misura l'ansia in generale. Inoltre, sono state trovate basse correlazioni con tre scale convenzionali dell'MMPI. In conclusione, tutte queste analisi supportano la validità di costrutto della DAS.

Versione estesa. Nel 2006, Templer et al. presentano la versione estesa della *Death Anxiety Scale* (vedi Appendice 4). Il motivo di tale versione risiede nel numero di item della DAS, inferiore rispetto ad altri strumenti che misurano l'ansia e le attitudini nei confronti della morte (ad eccezione della *Death Obsession Scale* di Abdel-Khalek (1998a) che possiede lo stesso numero di item). Secondo gli autori, la brevità della DAS sembrerebbe avere il vantaggio di una maggiore concentrazione dei partecipanti e di una maggiore probabilità di reclutamento. Dall'altra parte, avere solo 15 item limita la diversità dei contenuti e l'affidabilità (Neimeyer, 1998). Per queste ragioni, Templer et al. hanno preso in considerazione di costruire una versione estesa della DAS, che però avrebbe il limite –

secondo gli autori – dell'ambiguità nel mettere in relazione punteggi e risultati ottenuti utilizzando la versione estesa con punteggi e risultati di oltre tre decenni di ricerche ottenuti utilizzando la versione originale. Pertanto, gli autori hanno preso i 15 item della DAS e hanno aggiunto 36 nuovi item, per un totale di 51 item. In questo modo, il ricercatore o il clinico ha tre punteggi da poter calcolare: (1) il punteggio della DAS-Originale, cioè il punteggio ottenuto con i 15 item originali, (2) il punteggio della DAS-Nuova, cioè il punteggio ottenuto con i nuovi item, e (3) il punteggio della DAS-Estesa, cioè il punteggio ottenuto con tutti gli item, vecchi e nuovi.

I nuovi item riguardano una varietà di temi (religione, esistenzialismo, essere torturati a morte, deludere i genitori, incapacità di muoversi dopo la morte, sognare la morte, morire nel sonno, film sulla morte, evitare conversazioni sulla morte, morire in aereo, sentirsi dire che si è malati terminali, ospedali, bare, luoghi piccoli, carri funebri, ambulanze, case di cura, overdose di droga, annegamento, film di guerra, imbalsamazione, autopsie, disastri naturali, persone anziane, morte di animali e trovarsi su un aereo dirottato). Questi nuovi item e in generale la DAS estesa hanno nel complesso una buona coerenza interna, addirittura migliore della versione originale. Secondo Templer et al. possono quindi sorgere due domande, a cui danno una risposta:

1. *Quando si dovrebbe usare la versione originale e quando quella estesa?* La risposta dipende dal tempo a disposizione: se i partecipanti hanno poco tempo a disposizione perché devono svolgere altri compiti, meglio utilizzare la versione originale a 15 item; se invece il tempo non è un problema, si può utilizzare la versione estesa a 51 item.
2. *Si possono utilizzare solo i 36 item nuovi (DAS-Nuova) senza i 15 item originali?* La risposta è no: l'uso dei 15 item originali permette di mettere in relazione i risultati ottenuti con la DAS estesa con quelli riportati in centinaia di studi precedenti che hanno utilizzato la DAS originale. Tuttavia, potrebbero esserci occasioni in cui alcuni dei contenuti relativamente unici dei nuovi item sono importanti e potrebbe non esserci sufficiente tempo per i 15 item originali.

2.5.5 Death Concern Scale (DCS)

La *Death Concert Scale* è uno strumento costruito e validato da Dickstein nel 1972. La preoccupazione per la morte (*death concern*) è definita come la contemplazione cosciente e la valutazione negativa della realtà della morte. Secondo Dickstein, lo strumento – composto da 30 item con quattro alternative di risposta (Vedi Appendice 5) – pretende di misurare le differenze individuali nel grado in cui l'individuo affronta consapevolmente la morte ed è disturbato dalle sue implicazioni.

Validazione. La validità di costrutto della scala è stata analizzata indagando le sue relazioni con la *Manifest Anxiety Scale* (MAS; Taylor, 1953), con lo *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Levitt, 1967; Spielberger et al., 1970), con la Scala Repressione-Sensibilizzazione (R-S; Byrne, 1961; Byrne, et al., 1963), con la Scala Interno-Esterno (I-E; Rotter, 1966), e con l'*Edwards Personal Preference Schedule* (EPPS; Edwards, 1959). La DCS dovrebbe essere positivamente correlata:

- alla MAS e allo STAI: una persona coscientemente preoccupata per la morte dovrebbe essere più ansiosa in generale rispetto alla persona che evita i pensieri di morte;
- alla Scala R-S, che misura la tendenza dei soggetti ad affrontare o evitare gli stimoli: le persone che affrontano la morte dovrebbero essere più sensibilizzanti di quelle che la evitano. In alternativa, la Scala R-S può essere concettualizzata come un'altra misura dell'ansia (Byrne, 1964; Lomont, 1965; Sullivan e Roberts, 1969) e come tale dovrebbe essere correlata alla preoccupazione della morte;
- alla scala I-E, che misura il *locus of control*: un punteggio elevato riflette la convinzione che gli eventi che accadono sono al di fuori del proprio controllo (esternalità), mentre un punteggio basso riflette alla convinzione che gli eventi siano controllabili (internalità). I punteggi di preoccupazione della morte dovrebbero essere positivamente correlati all'esternalità: l'individuo che è preoccupato per la morte ritiene che tale evento sia inevitabile e al di fuori del proprio controllo. Tale preoccupazione dovrebbe essere correlata alla convinzione più generale che il proprio destino non rifletta le proprie azioni, ma piuttosto quelle di forze esterne.

Non vengono presentate ipotesi sulla relazione tra la DCS e l'EPPS, che è stato incluso nelle analisi per esplorare alcune caratteristiche della personalità che differenziano i soggetti e che variano in base alla preoccupazione per la morte.

Dickstein riporta che la scala possiede un alto livello di affidabilità in termini di consistenza interna sia per i maschi che per le femmine. Tutte le ipotesi sulla validità di costrutto della scala, tranne una, sono state confermate; nello specifico, la preoccupazione per la morte è positivamente correlata all'ansia di stato, all'ansia di tratto, all'ansia manifesta e alla sensibilizzazione. Non è stata trovata alcuna relazione tra la preoccupazione per la morte e l'esternalità. Le relazioni tra la preoccupazione per la morte e le misure di ansia suggeriscono che la prima è semplicemente una manifestazione di una tendenza più generalizzata ad essere ansiosi. Tuttavia, la preoccupazione per la morte e l'ansia generale sono tutt'altro che sinonimi. La relazione tra preoccupazione per la morte e sensibilizzazione può essere interpretata in due modi. Una prima spiegazione potrebbe essere che i soggetti ad alta preoccupazione per la morte tendano a riconoscere gli stimoli minacciosi, mentre i soggetti a bassa preoccupazione per la morte tendano ad evitarli. In alternativa, la scala R-S potrebbe essere un'altra misura dell'ansia. La mancata conferma della relazione tra preoccupazione per la morte ed esternalità suggerisce che la preoccupazione per la morte non implica necessariamente una convinzione generale che gli eventi siano al di fuori del proprio controllo. La preoccupazione per la morte è positivamente correlata con le scale dell'Eterosessualità e del Soccorso e negativamente correlata con la scala del Cambiamento dell'EPPS.

- Il Soccorso fa riferimento al bisogno di ricevere supporto e attenzione dagli altri. Il basso punteggio ottenuto su questa scala dai soggetti a bassa preoccupazione della morte può essere interpretato come una forma di difesa: tali soggetti sono riluttanti nel riconoscere qualsiasi mancanza di autosufficienza.
- Il Cambiamento indica il bisogno di cercare nuove esperienze ed evitare la routine. I soggetti ad alta preoccupazione per la morte tendono ad evitare l'approvazione di item che indicano desiderio di fare esperienze nuove e diverse, il che è coerente con il loro elevato livello di

preoccupazione per la morte. Anche tale risultato può essere visto come una forma di difesa contro il passare del tempo che porta all'inevitabile morte. Inoltre, il cambiamento stesso è una forma di morte, perché rappresenta l'abbandono e la perdita dei modi di essere passati.

- L'Eterosessualità fa riferimento al bisogno di stare e di attrarre una persona del sesso opposto. I soggetti ad alta preoccupazione per la morte hanno maggiori probabilità di approvare item che indicano il desiderio di uscire, di baciare, di essere attratti, di avere rapporti sessuali, ecc. con membri del sesso opposto.

Secondo Dickstein, questi tre risultati devono essere interpretati con cautela per diversi motivi. In primo luogo, quasi nessuna ricerca è stata condotta sulla validità di costrutto delle varie scale dell'EPPS (Radcliffe e Stricker, 1965). In secondo luogo, l'EPPS utilizza una modalità di risposta a scelta forzata e i punteggi sulle diverse scale sono ipsativi (*i.e.*, relativi al singolo) piuttosto che normativi (*i.e.*, relativi al gruppo/campione/popolazione). Pertanto, un punteggio elevato sulla scala dell'Eterosessualità non indica una motivazione per il sesso, ma piuttosto un punteggio elevato rispetto agli altri bisogni. In terzo luogo, i risultati ottenuti non sono stati previsti in anticipo e, quindi, andrebbero replicati.

2.5.6 Collet-Lester Fear of Death Scale (CL-FDS)

La *Collett-Lester Fear of Death Scale* (CL-FDS) è stata ideata da Lora-Jean Collett e David Lester nel 1969, ma fino al 1990 – anno della sua pubblicazione ad opera di Lester – poteva essere ottenuta solamente scrivendo agli autori. Nel 1990, oltre a rendere disponibile la versione originale della *Fear of Death Scale*, Lester pubblica anche una versione rivisitata, che cerca di 'correggere' i problemi della prima versione. La CL-FDS ha 36 item, a cui i soggetti devono rispondere su una scala Likert a 6 punti che va da -3 (*Fortemente in disaccordo*) a +3 (*Fortemente d'accordo*) (Vedi Appendice 6).

In accordo con Lester (1990), la versione originale della *Fear of Death Scale* del 1969 è stata sviluppata per eliminare il problema dell'eterogeneità degli item contenuti negli strumenti che fino a quel momento erano stati utilizzati per misurare la paura della morte. Innanzitutto, Collet e Lester hanno completamente eliminato gli item riguardanti funerali e cimiteri, tematiche per cui è stata ideata

un'apposita scala (*Attitudes Toward Funerals Scale*; Lester e Bluestein, 1980). Secondariamente, gli autori, nel tentativo di rendere multidimensionale il costrutto della paura della morte, hanno cercato di distinguere tra la paura dello stato morte e la paura del processo di morte, e tra la paura per se stessi e la paura per gli altri. Ciò risulta in quattro sotto-scale: Paura della propria morte (*Fear of Death of Self*), Paura del proprio processo di morte (*Fear of Dying Self*), Paura della morte degli altri (Fear of Death of Others) e Paura del processo di morte degli altri (*Fear of Dying Others*). A livello teorico, la distinzione tra la paura dello stato di morte e la paura del processo di morte suggerisce che una persona potrebbe avere paura della morte ma non del processo che porta ad essa, e viceversa; sebbene studi empirici abbiano supportato la distinzione tra queste due dimensioni, sembra esserci una certa sovrapposizione: il fattore 'Paura della Morte' sembra contenere gli item del processo di morte, e viceversa. Inoltre, secondo Gesser et al. (1988) la distinzione tra il sé come soggetto della paura e gli altri come soggetto della paura sembra non essere così importante, nel senso che la dimensione 'Paura della Morte degli Altri' è importante solo se si specifica la relazione con questi 'Altri': possiamo essere molto preoccupati o spaventati per la morte di una persona cara, ma del tutto indifferenti per la morte di uno sconosciuto.

Affidabilità e validità. Sull'affidabilità test-retest della CL-FDS ci sono pochi studi. Per esempio, Rigdon ed Epting (1985) hanno riportato correlazioni test-retest moderate. Alcune analisi fattoriali (Lester, 1974; Livneh, 1985; Shultz, 1977) hanno dimostrato che la struttura fattoriale dello strumento è complessa e non corrisponde alla struttura ipotizzata sulla base del contenuto degli item.

Diversi studi riportano correlazioni positive tra le sotto-scale della Collet-Lester FDS e altre scale che misurano la paura della morte, supportando la validità dello strumento. Per esempio, alcuni studi (Durlak, 1972a; Durlak e Kass, 1982; Lester, 1974; Neimeyer e Dingemans, 1981) hanno messo in relazione la scala di Lester con la CL-FDS; dai risultati emerge che la prima è fondamentalmente una misura della paura della propria personale morte. Altri studi (Dickstein, 1978; Durlak e Kass, 1982; Neimeyer, 1985; Neimeyer e Dingemans, 1981; Vargo, 1980) hanno messo in relazione la DAS di

Templer con la CL-FDS; le correlazioni risultanti mostrano che la scala di Templer misura tutti e quattro gli aspetti della paura della morte e del morire. Durlak e Kass (1982) e Rigdon ed Epting (1982) hanno condotto analisi fattoriali su diversi strumenti che misurano la paura della morte, inclusa la CL-FDS; i risultati di Durlak e Kass mettono in luce cinque fattori, mentre quelli di Rigdon ed Epting tre fattori. La *Collett-Lester Fear of Death Scale* presenta tre dei cinque fattori trovati dalle analisi di Durlak e Kass, e due dei tre fattori trovati dalle analisi di Rigdon ed Epting. Tutto questo suggerisce che la CL-FDS è uno strumento adeguato a misurare le attitudini nei confronti della morte. Altri studi hanno messo in relazione le quattro sotto-scale, ottenendo correlazioni positive e moderate; questo suggerisce che le quattro tipologie di paura misurate dalla CL-FDS non sono indipendenti, bensì moderatamente associate. Altri studi hanno trovato delle relazioni tra la scala di Collett e Lester e altre variabili legate alla morte. Per esempio, Hayslip (1987) ha trovato un'associazione tra la paura della morte e del processo di morte degli altri e l'ansia nel parlare specificamente del morire. Stoller (1981) ha scoperto che la paura del processo di morte degli altri predice le risposte degli infermieri; tuttavia, questo risultato non è stato replicato dalle analisi di Shursterm e Sechrest (1973). Non sono state trovate associazioni tra la CL-FDS è l'avere a che fare con la morte (Rigdon ed Epting, 1985). La paura della propria morte e del proprio processo di morte sembrano invece correlate alla stima soggettiva dell'aspettativa di vita (Neimeyer et al., 1986) e ad avere immagini negative della morte (McDonald e Hilgendorf, 1986). Infine, la CL-FDS non è correlata né con misure dell'ansia di morte covert (Hayslip e Stewart-Bussey, 1987; Lester G. e Lester D., 1970), né con il Threat Index (Hayslip, 1987; Neimeyer, 1985; Neimeyer et al., 1986; Rigdon et al., 1979; Robinson e Wood, 1985). In sostanza, gli studi hanno trovato occasionali relazioni tra la Collet-Lester FDS e variabili legate alla morte, un risultato che può essere interpretato in termini di validità di costrutto: tale strumento misura aspetti della paura della morte che sono diversi da quelli misurati da simili strumenti sul tema (Lester, 1990). Infine, la CL-FDS risulta essere indipendente dalla desiderabilità sociale (Dickstein, 1978; Hayslip e Stewart-Bussey, 1987).

Versione rivisitata. Sebbene la versione originale del 1969 abbia una buona affidabilità, validità e utilità, essa presenta due problemi: il primo è che le quattro sotto-scale contengono un numero diverso di item, il secondo è che numerose ricerche commettono degli errori nel calcolo dei punteggi. Per questi motivi, Lester (1991) presenta una versione rivisitata dello strumento, in cui (a) gli item non sono più presentati casualmente ma vengono separati tra le sotto-scale, in modo da consentire al partecipante di analizzare più coerentemente i suoi atteggiamenti nei confronti della morte, (b) viene modificato il sistema di scoring, in quanto i partecipanti rispondono su una scala Likert a 5 punti che va da 1 (*Per niente*) a 5 (*Molto*), e (c) ogni sotto-scala presenta 8 item, per un totale di 32 item. Tuttavia, l'item n. 8 ('Invidioso che la persona sia morta') risultava essere deviante e molti ricercatori dimenticavano di invertire il punteggio per questo item; poiché questo costituiva un problema per l'affidabilità dello strumento, Lester e Abdel-Khalek (2003) hanno rimosso l'item. Inoltre, al fine mantenere equilibrate le sotto-scale con lo stesso numero di item, per ciascuna sotto-scala è stata rimosso l'item con la correlazione item-totale[19] più bassa, lasciando quindi 7 item per ogni sotto-scala, per un totale di 28 item (Vedi Appendice 6).

Le analisi di Lester (1990) hanno dimostrato che la versione rivisitata ha una buona attendibilità e validità; tuttavia, i risultati dell'analisi fattoriale non supportano la validità di contenuto degli item delle quattro sotto-scale. Sono quindi necessari ulteriori studi sulla struttura fattoriale degli item utilizzando un numero maggiore di soggetti. Futuri ricercatori che fanno uso di questa scala dovrebbero ignorare la sua struttura attraente e simmetrica, concentrandosi invece sulla paura della morte e del morire di sé e degli altri (Neimeyer et al., 2003).

2.5.7 Multidimensional Fear of Death Scale (MFODS)

Nel 1979, Hoelter si propone di fornire una concezione multidimensionale della paura della morte e di sviluppare una scala affidabile per la sua misurazione. Il questionario proposto, denominato

[19] La correlazione item-totale è una misura dell'affidabilità di un test, che prevede di calcolare la correlazione tra, appunto, il punteggio dell'item e il punteggio totale della scala; coefficienti bassi indicano che l'item non misura bene il costrutto in esame, e pertanto può ridurre l'attendibilità del test.

Multidimensional Fear of Death Scale (MFODS), conteneva item sviluppati da Hoelter, (sulla base di due pre-test), item della *Fear of Death Scale* di Boyer (1964), item della *Death Anxiety Scale* di Templer (1970) e item della *Religious Orthodoxy Scale* di Putney e Middleton (1961). Lo strumento si compone di 42 item a cui si deve rispondere su una scala a 5 punti di tipo Likert (1 = fortemente d'accordo, 5 = fortemente in disaccordo). Hoelter ha scelto la *Religious Orthodoxy Scale* come variabile di criterio per confrontare i diversi approcci unidimensionali alla paura della morte per due ragioni. In primo luogo, questa scala misura secondo l'autore un orientamento religioso 'marinaro' e ha dimostrato di essere unidimensionale e con una buona coerenza interna. In secondo luogo, Hoelter sostiene che diversi teorici (ad esempio, Minton e Spilka, 1976) hanno suggerito che la mancanza di risultati concreti che colleghino la paura della morte alla religiosità è in parte dovuta al prevalente approccio unidimensionale per misurare la paura della morte.

Costruzione e validazione. I 42 item della MFODS (vedi Appendice 7) vengono raggruppati in otto scale, che costituiscono otto dimensioni della paura della morte, la maggior parte delle quali sono state esplicitamente ipotizzate in lavori precedenti (Collett e Lester, 1969; Diggory e Rothman, 1961; Kalish, 1963; Nelson L. e Nelson C., 1975) o riflettono vari temi combinati all'interno di diverse scale unidimensionali. Queste otto scale/dimensioni sono:

1. Paura del processo di morte (6 item): questa dimensione riguarda l'atto specifico del morire piuttosto che delle conseguenze della morte.
2. Paura dei morti (6 item): questa dimensione riguarda semplicemente le persone o gli animali che sono morti.
3. Paura di essere distrutti (4 item): questa dimensione riguarda la distruzione del proprio corpo immediatamente dopo la morte.
4. Paura per gli altri significativi (6 item): questa dimensione riguarda la paura della morte di altri significativi e la paura associata agli effetti che la propria morte può avere sugli altri significativi.

5. Paura dell'ignoto (5 item): questa dimensione riguarda l'ambiguità della morte e la questione ultima dell'esistenza.
6. Paura della morte cosciente (5 item): questa dimensione riguarda la paura di vivere gli orrori associati ai processi immediatamente successivi alla morte, per cui la dichiarazione di morte non è accettata come la fine definitiva della coscienza.
7. Paura per il corpo dopo la morte (6 item): questa dimensione riguarda la preoccupazione per le qualità corporee dopo la morte.
8. Paura di una morte prematura (4 item): questa dimensione riguarda l'elemento temporale della vita e il mancato raggiungimento di obiettivi ed esperienze prima della morte.

Le analisi di Hoelter rivelano che la MFODS ha una buona consistenza interna. L'affidabilità e la validità dello strumento sono state documentate da una varietà di studi successivi. Di conseguenza, la MFODS è stata impiegata in studi che hanno analizzato varie dimensioni dell'ansia di morte. Tuttavia, anche questo strumento ben sviluppato potrebbe richiedere un perfezionamento in diverse applicazioni culturali (Neimeyer et al., 2003). Ad esempio, Roff et al. (2002) hanno scoperto che gli item che si riferivano alla preferenza per la sepoltura in una "volta d'acciaio rispetto a una scatola di legno" o ai timori di essere "sepolti vivi" avevano significato nel contesto americano, ma non in quello lituano. Pertanto, gli investigatori dovrebbero non solo eliminare item irrilevanti per il contesto culturale preso in esame, ma anche elaborare item che rappresentino gli atteggiamenti unici dei loro intervistati (Neimeyer et al., 2003).

Nel 1991, Moore e Neimeyer hanno presentato una versione rivisitata dello strumento in cui ogni sottoscala aveva sei item, per un totale di 48 item, e con un sistema di punteggio semplificato.

2.5.8 Death Attitude Profile (DAP)

Gesser e collaboratori (1987) notano che sebbene le attitudini nei confronti della morte non debbano necessariamente essere negative, pochi studi si sono concentrati su attitudini positive come l'accettazione della morte, un costrutto trattato per altro come unidimensionale. Poiché sia l'analisi

logica che l'evidenza empirica suggeriscono l'esistenza di almeno tre tipi di accettazione della morte[20], e poiché ad eccezione della DAS (Templer, 1970) le scale esistenti sulle attitudini nei confronti della morte hanno parecchie limitazioni (validità di costrutto, validità concorrente, coerenza interna…), Gesser et al. (1988) hanno realizzato il *Death Attitude Profile* (DAP), uno strumento multidimensionale costituito da cinque dimensioni:

1. Paura della Morte, ossia pensieri e sentimenti negativi sullo stato della morte;
2. Paura di Morire, ossia pensieri e sentimenti negativi sul processo della morte;
3. Accettazione Orientata all'Approccio, ossia vedere la morte come passaggio ad una vita dopo la morte più felice;
4. Accettazione Orientata alla Fuga, ossia vedere la morte come una fuga da un'esistenza dolorosa;
5. Accettazione Neutra, ossia accettare la realtà della morte, senza temerla o accoglierla.

Costruzione. Gli item del DAP sono stati presi da diverse fonti (3, 6, 7, 13) e generati basandosi sui cinque fattori delineati dagli autori; in particolare, sono stati selezionati 5 item per la prima, la terza, la quarta e la quinta dimensione, e 6 item per la seconda dimensione, per un totale di 23 item a cui i soggetti dovevano rispondere usando una scala Likert a 5 punti. Le correlazioni item-totale hanno mostrato coefficienti da moderati a elevati; pertanto, tutti gli item sono stati mantenuti.

Il passaggio successivo è stato sottoporre gli item a un'analisi fattoriale. Dai risultati di questa analisi sono emersi solo quattro dei cinque fattori identificati, e due item sono stati eliminati, per un totale di 21 item rimanenti (Vedi Appendice 8). Il Fattore 1, denominato Accettazione della Morte Orientata all'Approccio, contiene quattro item della dimensione 'Accettazione Orientata all'Approccio'; il Fattore 2, denominato Paura della Morte/di Morire, contiene tre item della dimensione 'Paura della Morte' e quattro item della dimensione 'Paura di Morire'; il Fattore 3,

[20] (**a**) **Accettazione della morte orientata all'approccio**: la morte viene vista come un passaggio a un'esistenza eterna o a una vita dopo la morte felice; tali persone sono positive nei confronti della morte, attendendola con impazienza in certi casi (Feifel, 1955; Gesser et al., 1988).
(**b**) **Accettazione della morte orientata alla fuga**: la morte viene vista come una possibilità di fuga da un'esistenza dolorosa; queste persone accolgono la morte (Shneidman, 1966; Gesser et al., 1988).
(**c**) **Accettazione della morte neutra**: la morte viene vista come inevitabile; queste persone semplicemente accettano la realtà della morte (Feifel, 1955, Gesser et al., 1988; Shneidman, 1966).

denominato Accettazione della morte Orientata alla Fuga, contiene cinque item della dimensione 'Accettazione orientata alla Fuga' e un item della dimensione 'Accettazione Neutra'; il Fattore 4, denominato Accettazione della morte Neutra, contiene i rimanenti quattro item della dimensione 'Accettazione Neutra'. Contrariamente alle previsioni, la Paura della Morte e la Paura del Morire formano un'unica dimensione; probabilmente, il processo della morte è temuto perché conduce alla morte e, al contrario, la morte è temuta perché è preceduta dal processo della morte (50).

Affidabilità e validità. Le analisi per l'affidabilità mostrano coefficienti che vanno da moderati ad alti, suggerendo che il DAP ha una buona coerenza interna.

Per verificare la validità concorrente del DAP, Gesser et al. (1988) hanno impiegate le dimensioni della Felicità (*Happiness*) e dell'Assenza di Speranza (*Hopelessness*). È stato ipotizzato che:

- La Paura della Morte e del Morire dovrebbe essere negativamente correlata alla Felicità e positivamente correlata all'Assenza di Speranza; questo perché la felicità è una misura del benessere, mentre l'assenza di speranza è una misura della disperazione, delle aspettative negative sul futuro e della mancanza di significato (Beck et al., 1974).
- L'Accettazione Orientata all'Approccio dovrebbe essere positivamente correlata alla Felicità e negativamente correlata all'Assenza di Speranza; questo perché la credenza nell'aldilà – una caratteristica di questo tipo di approccio – contribuisce a una visione positiva della vita, aumentando ottimismo e speranza (Feifel, 1956).
- L'Accettazione Orientata alla Fuga dovrebbe essere negativamente correlata alla Felicità e positivamente correlata all'Assenza di Speranza; questo perché l'esistenza dolorosa di cui vogliono liberarsi le persone con questo tipo di accettazione comporta una visione negativa della vita, con bassi livelli di benessere e felicità.
- Sull'Accettazione Neutra gli autori hanno avuto difficoltà a fare delle previsioni: da una parte potrebbe essere positivamente correlata al benessere, perché se si accetta la brevità della vita allora si sarà motivati a renderla il più significativa possibile; dall'altra parte potrebbe essere

negativamente correlata al benessere, perché se si crede che l'essere umano debba semplicemente vivere e morire, allora ci si potrebbe chiedere qual è il significato dell'esistenza.

La prima ipotesi è stata confermata: la paura della morte e del morire era negativamente correlata con la felicità e positivamente correlata all'assenza di speranza. La seconda ipotesi non è stata confermata. Secondo gli autori, una possibile spiegazione è che le persone con questo tipo di accettazione si dividano in due gruppi: alcuni hanno credenze religiose 'fredde', che non hanno cioè impatto su come si sentono o vivono; altri hanno credenze religiose 'calde', forti, che influenzano positivamente il benessere psicologico. La terza ipotesi è stata confermata in parte: l'accettazione orientata alla fuga era positivamente correlata all'assenza di speranza, ma non era correlata alla felicità. Una possibile spiegazione, secondo Gesser et al., è che l'assenza di speranza, rispetto alla felicità, è una misura più diretta della disperazione, delle aspettative negative sul futuro e delle tendenze suicidarie. Infine, l'accettazione neutra era positivamente legata alla felicità: gli individui che hanno una vita piacevole e soddisfacente sono in grado di accettare la realtà della morte, il che potrebbe a sua volta incoraggiarli a vivere una vita il più significativa possibile. Questi risultati suggeriscono che il DAP ha una buona validità concorrente.

Per testare la validità di costrutto del DAP, Gesser et al. hanno verificato se le diverse sotto-scale fossero sensibili alle differenze d'età, poiché la letteratura ha dimostrato che le attitudini nei confronti della morte variano al variare dell'età (Kastenbaum, 1979; Levinson, 1977; Neugarten, 1968). I risultati delle analisi hanno dimostrato che i soggetti di mezza età tendono ad avere più paura della morte e del morire rispetto ai giovani, anche se questa differenza non è significativa. Rispetto ai soggetti di mezza età e ai giovani, gli anziani erano caratterizzati da una maggiore accettazione della morte orientata all'approccio e alla fuga; inoltre, gli anziani erano più propensi ad accettare la realtà della morte rispetto ai giovani, ma non rispetto ai soggetti di mezza età. Questi dati supportano la validità di costrutto del DAP.

Versione rivisitata. Nel 1994, Wong et al. propongono una versione rivisitata del *Death Attitude Profile* (DAP-R), che presenta alcune differenze con la versione originale. Innanzitutto, è stata aggiunta una dimensione, ossia *Evitamento della Morte*, poiché nei loro studi con il DAP, gli autori hanno scoperto che molti soggetti tendevano ad evitare l'argomento della morte. Sebbene la paura della morte e l'evitamento della morte implichino un atteggiamento negativo, è importante distinguere i due costrutti: la persona che ha paura della morte affronta la morte e i sentimenti che tale paura evoca; la persona che evita la morte evita di pensare o parlare della morte per cercare di ridurre la paura che essa suscita (Wong et al., 1994). Questa considerazione ha portato all'inclusione della quinta dimensione nel DAP-R. Secondariamente, poiché gli autori erano interessati primariamente alle attitudini nei confronti della morte, hanno eliminato gli item relativi al processo di morte della dimensione 'Paura della Morte/di Morire' del DAP, hanno aggiunto nuovi item e accorciato il nome della sotto-scala in 'Paura della Morte'. Infine, sono stati aggiunti ulteriori item alle altre tre dimensioni. In totale, il DAP-R è costituito da 32 item (vedi Appendice 8) a cui i partecipanti devono rispondere utilizzando una scala Likert a sette punti (1 = *Fortemente in disaccordo*, 7 = *Fortemente d'accordo*). Le cinque sotto-scale sono le seguenti:

1. Paura della Morte (sette item): misura i pensieri e i sentimenti negativi sulla morte;
2. Evitamento della Morte (cinque item): misura i tentativi di evitare il pensiero della morte;
3. Accettazione Orientata all'Approccio (dieci item): misura fino a che punto una persona vede la morte come un punto di accesso a un aldilà felice;
4. Accettazione Orientata alla Fuga (cinque item): misura quanto una persona vede la morte come un'opportunità per sfuggire a un'esistenza dolorosa;
5. Accettazione Neutra (cinque item): misura quanto una persona vede la morte in modo neutrale, senza accogliere né temere la morte.

Per quanto riguarda l'affidabilità, Il DAP-R mostra una buona coerenza interna e affidabilità test-retest. Per quanto riguarda la validità, le cinque dimensioni dello strumento mostrano una buona validità di facciata e una buona validità di costrutto (Wong et al., 1994).

2.5.9 Revised Death Anxiety Scale (R-DAS)

Prima che Templer presentasse la versione estesa della sua *Death Anxiety Scale* nel 2006, la più promettente versione rivisitata e migliorata della DAS era rappresentata dalla *Revised Death Anxiety Scale*, sviluppata da Thorson e Powell (1992) in una serie di studi iniziati nel 1977.

Costruzione. I primi studi eseguiti da Thorson e colleghi (Thorson, 1977, Thorson e Perkins, 1977) per sviluppare una nuova versione della DAS hanno fatto uso della *Nehrke-Templer-Boyar Scale* (NTB), uno strumento ideato da Nehrke (1973) che combina la DAS di Templer (1970) con la FODS di Boyar (1964), e che si compone di 34 item con modalità di risposta vero/falso. Per lo *scoring*, si assegna un punto alle risposte che indicano ansia (invertendo il punteggio per gli item formulati in termini negativi); punteggi più alti indicano maggiore ansia di morte. Tali studi hanno dimostrato delle correlazioni significative tra l'ansia di morte e il genere (Thorson, 1977, Thorson e Perkins, 1977), con punteggi più alti per le donne, e tra l'ansia di morte e l'età (Thorson e Perkins, 1977). Inoltre, sono state trovate relazioni significative tra la NTB e alcune dimensioni dell'EPPS (Edward, 1959), in particolare 'Soccorso', 'Esibizione' (bisogno di essere al centro dell'attenzione), 'Resistenza' (bisogno di perseguire i propri compiti e obiettivi) e 'Aggressività' (bisogno di esprimere la propria opinione e di criticare gli altri). Thorson e Perkins hanno eseguito un'analisi fattoriale sulla NTB, da cui sono emerse quattro dimensioni: (1) Paura dell'isolamento e dell'immobilità, (2) Paura del dolore, (3) Paura della finalità della morte, e (4) Paura della sepoltura e della decomposizione.

Poiché sembrava che la NTB fosse più incline a misurare costrutti come la claustrofobia e l'isolazione piuttosto che l'ansia di morte, è stata proposta una revisione dello strumento, culminata in una scala a 25 item con modalità di risposta vero/falso, denominata *Revised Death Anxiety Scale* (RDAS). Per quanto riguarda lo *scoring*, si assegna un punto alle risposte che non indicano ansia, due punti per gli item senza risposta e 3 punti alle risposte che indicano ansia; ne consegue che il punteggio può andare da 25 a 75, con punteggi più alti che indicano una maggiore ansia di morte. Studi eseguiti con questa versione dello strumento hanno trovato relazioni significativa tra ansia di

morte e genere, con punteggi più alti per le donne, e tra ansia di morte ed età, con punteggi più alti per i giovani (Thorson e Powell, 1984, 1988). Inoltre, si è visto che le persone di etnia caucasica ottenevano punteggi più alti rispetto alle persone di colore (Thorson e Powell, 1984), mentre gli studenti di medicina non differivano dalla popolazione generale nei loro punteggi d'ansia (Powell et al., 1990; Thorson e Powell, 1991; Thorson et al., 1988).

Infine, per determinare se ci fosse una relazione tra ansia di morte e religiosità, Thorson e Powell (1989) hanno somministrato l'*Intrinsic Religious Motivation Scale* (IRM) sviluppata da Hoge (1972) e la RDAS, che però in questo studio prevedeva una modalità di risposta su una scala Likert a 5 punti (0 = *Poco*, 4 = *Molto*), con punteggi più alti indicanti una maggiore ansia. Una relazione non lineare è stata trovata tra ansia di morte e religiosità: una relazione significativa tra la RDAS e l'IRM è stata trovata solo per i soggetti con minore ansia da morte e maggiore religiosità, ma non per quelli con maggiore ansia di morte e minore religiosità, il che significa che più la religiosità aumenta, più l'ansia di morte diminuisce. Inoltre, Thorson e Powell osservano che le persone con maggiore o minore ansia di morte presentano diversi significati della morte.

In conclusione, la versione attuale della *Revised Death Anxiety Scale* contiene 25 item su cui i partecipanti devono esprimere il loro grado di accordo, utilizzando una scala Likert a 5 punti (vedi Appendice 9).

Affidabilità e validità. I dati psicometrici disponibili sulla RDAS indicano una buona consistenza interna e una buona validità di costrutto, ma non sono disponibili informazioni su altre forme di affidabilità e validità (Neimeyer et al., 2003). Pertanto, sono necessari ulteriori studi, soprattutto in vista della sua promessa nel far luce sulle differenze di età e di genere nell'ansia di morte (Thorson e Powell, 1992).

2.5.10 Death Anxiety Inventory (DAI)

Il *Death Anxiety Inventory* (DAI) è uno strumento sviluppato da Tomas-Sabado e Gomez-Benito (2005) per cercare di colmare la quasi totale mancanza di strumenti di misurazione dell'ansia/paura della morte nel contesto spagnolo.

Costruzione. La base teorica sottostante la generazione degli item del DAI è il modello dei due fattori di Templer (1976), il quale suggerisce che l'ansia di morte ha sia una componente fobica, dovuta a stimoli esterni, sia una componente ossessiva, dovuta a stimoli interni (pensieri e sentimenti). Basandosi su questa considerazione, Tomas-Sabado e Gomez-Benito hanno sviluppato 43 item iniziali, di cui un terzo si riferiva all'ansia generata da stimoli esterni, e i restanti due terzi all'ansia generata da stimoli interni. Per determinare la validità di facciata, 10 giudici esterni hanno valutato questi 43 item su una scala Likert a 5 punti, dove 1 corrispondeva a '*Inadeguato per valutare l'ansia di morte*' e 5 corrispondeva a '*Adeguato per valutare l'ansia di morte'*. Dieci item hanno ricevuto un punteggio inferiore al 3 e sono stati quindi eliminati. Successivamente, i 23 item rimanenti sono stati sottoposti a correlazioni item-totale, che hanno eliminato ulteriori tre item. I 20 item rimanenti (Vedi Appendice 10) sono stati poi sottoposti ad una serie di studi che avevano come obiettivo determinare l'affidabilità e la validità del DAI.

Due diverse modalità di risposta. Il DAI può essere somministrato con due diverse modalità di risposta: o con una modalità dicotomica vero/falso, o con una scala Likert a 5 punti (1 = *Totalmente in disaccordo*, 5 = *Totalmente d'accordo*). I risultati mostrano che i due formati di risposta sono ugualmente validi e possono essere usati alternativamente in base allo scopo dello studio e alle caratteristiche dei partecipanti. Per quanto riguarda lo scopo dello studio, se lo scopo è quello di ottenere dati trasversali sull'ansia di morte, allora è consigliabile usare il formato di risposta dicotomico, se invece lo scopo è quello di osservare cambiamenti nel tempo nel livello di ansia, allora è consigliabile usare la scala Likert. Per quanto riguarda le caratteristiche dei soggetti, se a causa della

loro età, del loro livello culturale o di altre situazioni hanno difficoltà con la scala Likert, allora è consigliabile usare la modalità di risposta vero/falso.

Affidabilità e validità. Gli studi condotti da Tomas-Sabado e Gomez-Benito hanno dimostrato che il DAI ha una buona consistenza interna e stabilità (affidabilità test-retest).

Per valutare la validità concorrente, gli autori hanno utilizzato anche la DAS di Templer (1970), che è una misura specifica dell'ansia di morte, e la *Taylor Manifest Anxiety Scale* (TMAS; Taylor, 1953), che una misura generale del nevroticismo. I risultati mostrano un'elevata correlazione con la DAS ma non con la TMAS, confermando una buona validità concorrente.

Per valutare la validità di costrutto Tomas-Sabado e Gomez-Benito hanno eseguito un'analisi fattoriale, dai cui sono emersi cinque fattori significativi; tale risultato è coerente con le ricerche precedenti che utilizzando la DAS hanno trovato 4/5 fattori (Abdel-Khalek et al., 1993; Devins, 1979; Gilliland e Templer, 1986; Hoostraten et al., 1998; Lonetto et al., 1979; Martin, 1984). I cinque fattori identificati nel DAI sono:

1. Ansia della Morte Esternamente generata (item 1, 3, 10, 15 e 19): questa dimensione contiene item che si riferiscono a bare, agenzie funebri, cadaveri e cimiteri, tutte situazioni o elementi che nel nostro contesto culturale costituiscono un riferimento esterno della morte.
2. Significato e Accettazione della Morte (item 7, 9, 12, 14 e 18): questa dimensione contiene item che fanno riferimento alla personale percezione della morte e alla posizione adottata nei suoi confronti.
3. Pensieri sulla Morte (item 4, 13, 17 e 20): questa dimensione contiene item che fanno riferimento a pensieri e preoccupazioni sull'idea della morte; a livello teorico, questi item sono legati sia all'impatto cognitivo ed emotivo della morte, sia all'anticipazione della paura della morte e del processo che porta ad essa.

4. Vita dopo la Morte (item 5, 11 e 16): questa dimensione contiene item che fanno riferimento alla possibilità o al dubbio che vi sia un altro tipo di esistenza dopo la morte biologica; si tratta di una dimensione spirituale, legata alle credenze e alle idee filosofiche o religiose.
5. Brevità della Vita (item 2, 6 e 8): questa dimensione contiene item che fanno riferimento alla consapevolezza del passare del tempo e dell'inevitabilità della morte.

La struttura conferma le premesse teoriche, soprattutto la differenza ipotizzata tra ansia di morte generata esternamente e ansia di morte generata internamente: la prima dimensione può essere considerata come un fattore che genera paura della morte esternamente, mentre le altre quattro dimensioni possono essere considerate come fattori che generano paura della morte internamente.

Versione inglese. Al fine di facilitare confronti cross-culturali, Tomas-Sabato e Gomez-Benito hanno sviluppato una versione inglese del *Death Anxiety Inventory*. I 20 item dello strumento sono sati tradotti in inglese da due esperti madrelingua; la traduzione è stata poi valutata da due psicologi esperti che conoscevano entrambe le lingue (spagnolo e inglese), e sono stati apportati cambiamenti fino a quando non è stato raggiunto un accordo generale. La versione inglese è stata poi ritradotta in spagnolo e confrontata con la versione originale, confronto che ha rivelato un'elevata somiglianza.

Versione rivisitata. Sempre nel 2005, Tomas-Sabado et al. hanno sviluppato una versione rivisitata del DAI, in ragione del fatto che alcuni item correlavano poco col punteggio totale della scala e non si inserivano adeguatamente nei cinque fattori individuati nella versione originale.

Le correlazioni item-totale erano tutte positive e significative tranne che per l'item 14 ('Vorrei vivere fino a una tarda età'); tale item è stato considerato deviante ed è quindi stato eliminato. Sui 19 item rimanenti è stata condotta un'analisi fattoriale, da cui sono emersi quattro fattori; inoltre, l'item 4 ('Sono sempre stato preoccupato della possibilità di morire giovane') e l'item 8 ('Invecchiare mi preoccupa') non si inserivano adeguatamente in questi quattro fattori; pertanto, questi due item sono stati eliminati. Infine, è stata condotta un'analisi fattoriale sui 17 item rimasti, da cui sono emersi 4 fattori; inoltre, tutti gli item si inserivano bene in questi fattori. I quattro fattori sono (1) Accettazione

della Morte, (2) Ansia della Morte Esternamente generata, (3) Finalità della Morte e (4) Pensieri sulla Morte. La struttura di questa nuova versione è più coerente con il modello di Templer (1976) ed è caratterizzata da una maggiore consistenza interna. Tuttavia, lo studio presenta alcune limitazioni, prima fra tutte lo sbilanciamento del campione, costituito prevalentemente da donne.

2.5.11 Threat Index (TI)

Il *Threat Index* (TI) è uno strumento introdotto da Krieger, Epting e Leitner nel 1974. Si tratta di una delle poche misure sugli atteggiamenti nei confronti della morte ad essere basata su una teoria coerente, ossia quella dei costrutti personali di George Kelly (1955). Come visto nel paragrafo precedente, Kelly considera la morte l'esempio paradigmatico della minaccia, definita dall'autore come la consapevolezza di un cambiamento imminente e completo nei propri fondamentali costrutti di identità. Tuttavia, secondo Krieger et al. la morte non costituisce una minaccia per tutte le persone: la morte sarà minacciosa per coloro il cui sistema di costrutti non permette di anticipare la morte, che di conseguenza sperimenteranno la morte come una realtà inevitabile. Gli autori hanno quindi ipotizzato che il grado di minaccia di morte dipenda dalla quantità di riorganizzazione necessaria per interpretare la morte come una realtà personale, come parte del proprio sé. Detto in altri termini, la minaccia può essere valutata determinando la riluttanza della persona a sussumere la visione di sé e della morte sotto gli stessi poli in un certo numero di costrutti. Ne consegue che coloro che descrivono se stessi e la morte con gli stessi poli di varie dimensioni non vedranno la morte come una minaccia, in quanto organizzano il loro sistema di costrutti in un modo che include la morte come una realtà personale; coloro che invece descrivono se stessi e la morte con poli opposti di varie dimensioni vedranno la morte come minacciosa, e dovrebbero quindi riorganizzare il proprio sistema di costrutti per includere la morte come una realtà personale (Krieger et al., 1974).

Esistono due versioni del *Threat Index*. La prima versione è quella originariamente proposta da Krieger, Epting e Leitner nel 1974, denominata *Elicited Form* (TI_E). La seconda versione è denominata *Provided Form* (TI_P), ed è stata proposta nel 1974 da Hays nella sua Tesi di Laurea non

pubblicata; questa versione è stata ripresa nel 1975 da Krieger nella sua Tesi di Dottorato non pubblicata, nel 1977 da Rainey ed Epting, e nel 1979 da Krieger, Epting e Hays. Nel 1977, Neimeyer, Dingemans ed Epting hanno proposto tre versioni alternative del TI, che fanno uso della tecnica del Differenziale Semantico[21] di Osgood et al. (1957).

Threat Index-Elicited Form. Come originariamente presentato da Krieger et al. (1974), il *Threat Index* è fondamentalmente un'intervista strutturata che prevede una procedura divisa in due parti. Nella prima parte lo sperimentatore elicita 30 costrutti subordinati e sovraordinati legati alla morte, e per ogni costrutto viene chiesto di identificare il suo opposto. Nella seconda parte viene chiesto al soggetto di indicare quale polo di ognuno dei 30 costrutti precedentemente elicitato descrive meglio il Sé, il Sé preferito e la propria Morte (per una descrizione più approfondita della procedura e dello scoring si veda *Appendice 11*). Nello stesso studio, Krieger et al. hanno poi ridotto il numero di costrutti a 24, poiché osservarono che i partecipanti avevano difficoltà ad evocare 30 costrutti.

Il TI_E ha il vantaggio di fornire una rappresentazione clinicamente ricca e personalmente rilevante di come il soggetto interpreta la morte e di qual è il suo orientamento ad essa; inoltre, può facilitare l'esplorazione psicoterapeutica della preoccupazione per la morte del cliente (Neimeyer et al., 1983). Infine, tale versione è forse l'unica in grado di soddisfare i criteri che secondo Munnichs (1961) rendono uno strumento utile nella ricerca sugli atteggiamenti nei confronti della morte, in quanto valuta il significato personale della morte nel soggetto, usa un metodo che si adatta alla personalità del soggetto e mette in luce la relazione tra la struttura della personalità e l'atteggiamento verso la morte. Tuttavia, poiché richiede una lunga e complessa intervista con ciascun soggetto (dai 60 ai 90 minuti), il TI_E può essere difficile da utilizzare come strumento di ricerca. Inoltre, a causa della delicatezza delle questioni sollevate, un consulente professionale dovrebbe essere sempre disponibile durante la somministrazione del TI_E (Neimeyer et al., 1983).

[21] Tecnica che prevede di rispondere su una serie di scale di aggettivi bipolari (ad esempio, forte-debole). In questo modo è possibile ottenere due tipi di giudizi legati tra loro: la direzione (a quale dei due poli la risposta si accosta maggiormente) e l'intensità (quanto la risposta si avvicina all'estremo della scala).

Threat Index-Provided Form. Per ovviare i limiti del TI_E, Hays (1974) ha sviluppato una versione carta e matita ed autosomministrata dello strumento, utilizzando dei costrutti forniti; in pratica, la lunga fase di elicitazione dei costrutti del TI originale viene sostituita con un elenco di 40 costrutti bipolari, quelli più frequentemente elicitati negli studi precedenti. Questa nuova versione proposta da Hays, denominata *Provided Form* (TI_P), è stata poi ripresa da Krieger et al. (1979) (per una descrizione più approfondita della procedura e dello scoring si veda Appendice 11).

Il TI_P è facile da somministrare, richiede poco tempo (dai 15 ai 30 minuti) e permette standardizzazioni e confronti tra gruppi. Tuttavia, tale versione potrebbe non valutare adeguatamente le interpretazioni idiosincratiche della morte, e il formato relativamente impersonale potrebbe essere discutibile per alcuni intervistati. Inoltre, alcuni soggetti potrebbero avere difficoltà a completare il TI_P, perché a differenza del TI_E viene a mancare il contesto conversazionale che permette di chiarire – ove necessario – il significato dei costrutti utilizzati (Neimeyer et al., 1983).

Altre versioni del TI. Krieger (1975) affermò che sebbene i costrutti del TI_P fossero stati forniti (analizzando quelli più frequentemente emersi nel TI_E), essi sarebbero stati comunque più rilevanti per la morte rispetto a un insieme arbitrario di scale differenziali semantiche. Neimeyer et al. (1979) hanno cercato di verificare questa ipotesi proponendo tre versioni alternative del TI che fanno uso della tecnica del Differenziale Semantico, e facendo delle ipotesi sul comportamento di queste tre versioni alternative nell'ambito dell'ipotesi dello stile di risposta estremo[22]; la consistente letteratura a sostegno di questa ipotesi suggerisce che le l'uso degli estremi su scale di tipo Likert serve come indicatore della significatività sia degli elementi che vengono valutati sia delle scale stesse. Le tre versioni alternative del TI proposte da Neimeyer et al. sono le seguenti (per una descrizione più approfondita delle dimensioni si veda Appendice 11):

1. TI_{E30}. La procedura per questa prima versione alternativa è la stessa usata nella versione originale di Krieger et al. (1974): nella prima parte lo sperimentatore elicita 30 costrutti legati

[22] Lo stile di risposta estremo (*extreme response style*, ERS) è la tendenza del soggetto a rispondere marcando solamente gli estremi di una scala (polarizzazione) (Liu et al., 2017).

alla morte, chiedendo i relativi opposti; nella seconda parte della procedura l'intervistato deve sempre valutare quale polo di ognuno dei 30 costrutti precedentemente elicitato descrive meglio il Sé, il Sé preferito e la propria Morte, utilizzando però una scala Likert a 7 punti.

2. TI_{P30}. La procedura per questa seconda versione alternativa è la stessa usata nella versione di Hays (1974), con la differenza che i costrutti forniti sono 30 e non 40, e che nella collocazione dei vari elementi (Sé, Sé preferito e Morte) viene usata una scala Likert a 7 punti, che ha come estremi i costrutti bipolari (ad esempio, vuoto-significativo, statico-mutevole…).
3. TI_{EPA30}. La procedura per questa terza versione alternativa è la stessa usata nel TI_{P30}, con la sola eccezione che i costrutti bipolari forniti erano quelli comunemente usati nella ricerca sul differenziale semantico, piuttosto che quelli emersi negli studi di Krieger e collaboratori (Krieger, 1972; Krieger et al., 1974). Poiché la Valutazione (Evaluation), la Potenza (Potency) e l'Attività (Activity) (E-P-A) sono caratteristiche universali dei sistemi semantici umani (Osgood, 1969), 10 dimensioni di ognuno di questi tre fattori sono state incluse nel TI_{EPA}, per un totale di 30 costrutti. Anche qui, come metodo di valutazione viene usata una scala Likert a 7 punti, che ha per estremi le 30 dimensioni bipolari sopra citate.

La forma scalare del TI consente allo sperimentatore di esaminare la valutazione all'estremità senza un notevole aumento del tempo di somministrazione o difficoltà di punteggio. Inoltre, il TI_{EPA} consente al ricercatore di mettere in relazione la minaccia di morte con la teoria del Differenziale Semantico, sebbene questa forma di TI non contenga dimensioni specificamente correlate alla morte (Neimeyer et al., 1977). Ad ogni modo, gli autori hanno scoperto che il TI era più significativo per gli intervistati rispetto a uno strumento simile che utilizzava dimensioni semantiche differenziali.

Affidabilità e validità del TI. Nella sua *review*, Shackelford (2003) presenta diversi studi che hanno confermato l'affidabilità e la validità del *Threat Index*.

Per quanto riguarda l'affidabilità, diversi studi hanno confermato che il TI ha una buona attendibilità test-retest (Krieger et al., 1979; Moore e Neimeyer, 1991; Neimeyer et al., 1977; Rainey

ed Epting, 1977; Rigdon ed Epting, 1985; Rigdon et al., 1979) e una buona coerenza interna (Krieger et al., 1979; MacInnes e Neimeyer, 1980; Moore e Neimeyer, 1991; Rigdon ed Epting, 1985).

Per quanto riguarda la validità di costrutto, Durlak e Kass (1982) hanno riportato una correlazione significativamente maggiore tra i punteggi del TI e della *Fear of Death Scale* (FDS; Lester, 1967b) che tra i punteggi del TI e della *Death Anxiety Scale* (DAS; Templer, 1970). Questa ipotesi è stata corroborata dai risultati di Neimeyer, Dingemans ed Epting (1977), in cui i punteggi di ansia situazionale e della DAS sono aumentati significativamente dopo che i soggetti hanno visto un film di 30 minuti sulle atrocità di guerra, mentre i punteggi del TI sono rimasti stabili. Tuttavia, esiste una relazione tra i punteggi TI e l'ansia situazionale. Neimeyer (1978) ha sostenuto che rispetto ai partecipanti con punteggi TI bassi, i partecipanti con punteggi TI alti avevano una predisposizione a provare più ansia quando guardavano il film sulle atrocità di guerra. I punteggi del TI sono moderatamente correlati con il punteggio totale della FDS (Neimeyer, 1985; Neimeyer e Dingemans, 1981; Robinson e Wood, 1984). Epting, Rainey e Weiss (1979) hanno riportato una sostanziale convergenza tra i punteggi del TI e le misure consce, di fantasia e inconsce della paura della morte di Feifel (Feifel, 1969; Feifel e Branscomb, 1973; Feifel e Hermann, 1973; Feifel et al., 1973). In uno studio su giovani adulti, Tobacyk ed Eckstein (1981) hanno trovato una correlazione tra i punteggi del TI e i punteggi della *Death Concern Scale* (Dickstein, 1972). Altre correlazioni tra TI e paura della morte autoriferita sono state riportate da Krieger et al. (1979), Epting et al. (1979), e Shackelford e Agostinelli (2003). In generale, tutte queste correlazioni supportano la validità del TI come misura dell'orientamento alla morte, sebbene apparentemente valuti un aspetto diverso della preoccupazione per la morte rispetto ad altri strumenti (Rigdon et al., 1979).

Infine, numerose ricerche hanno dimostrato che il TI è indipendente sia dalla desiderabilità sociale (Dattel e Neimeyer, 1990; Krieger et al., 1979; Moore e Neimeyer, 1991) che dall'età (Rainey ed Epting, 1977).

Dimensionalità del TI. Sebbene *il Threat Index* sia stato originariamente considerato come uno strumento unidimensionale, numerose ricerche hanno sottolineato la sua natura multidimensionale

(Prichard ed Epting, 1992). Il primo tentativo di indagare la dimensionalità del TI è stato un progetto di Rigdon ed Epting (1982) intrapreso in risposta ad un ampio studio di Durlak e Kass (1981). Nel loro studio, Durlak e Kass hanno effettuato un'analisi fattoriale su 15 strumenti di misurazione self-report degli atteggiamenti nei confronti della morte, compreso il TI. L'analisi ha rivelato che queste 15 misure erano accomunate da cinque fattori generali, e che il TI era tra gli strumenti caratterizzati da più di uno di questi fattori; questo risultato suggerisce la sua multidimensionalità. Rigdon ed Epting hanno presentato la stessa analisi fattoriale, ma non sono riusciti a replicare i risultati di Durlak e Kass, in quanto nel loro studio è emerso che il TI era caratterizzato da un singolo fattore. Il problema della dimensionalità del *Threat Index* è emerso anche nello studio di Neimeyer et al. (1988), che hanno concluso che il TI era caratterizzato da un fattore generale e da altri fattori minori, che però erano troppo deboli. Moore e Neimeyer (1991) hanno individuato tre fattori: minaccia al benessere, incertezza e fatalismo. Infine, Gershberg et al. (1991) hanno cercato di determinare se la minaccia riguardante lo stato di morte sia diversa dalla minaccia riguardante il processo di morte. In questo studio, è stato aggiunto un quarto elemento da valutare: oltre al Sé, al Sé preferito e alla propria morte, i partecipanti dovevano valutare anche il processo di morte. In questo modo è stato possibile ottenere un punteggio per la minaccia dello stato di morte e un punteggio per la minaccia del processo di morte; i risultati hanno dimostrato che queste due misure sono correlate. Tale correlazione suggerisce che queste due misure sono separate ma sovrapposte, e che possono prevedere in modo univoco le differenze nelle variabili dipendenti che facevano parte dello studio (Prichard ed Epting, 1992).

2.5.12 Death Perspective Scale

La *Death Perspective Scale* di Spilka et al. (1977) è stata sviluppata per testare l'ipotesi degli autori secondo cui esiste un legame tra diverse forme di religione personale e diverse prospettive sulla morte. Nello specifico, gli autori hanno ipotizzato che l'orientamento religioso Intrinseco-

Impegnato[23] è positivamente relato a prospettive sulla morte positive e negativamente relato a prospettive negative, e viceversa per l'orientamento religioso Estrinseco-Consensuale[24].

Per verificare queste ipotesi, Spilka et al. riesaminano 180 item presi da studi precedenti (Hooper e Spilka, 1970) per stabilirne la chiarezza, il focus e l'intellegibilità. A seguito di questa attenta analisi, è stato costruito un set di 60 affermazioni, divise in 10 prospettive sulla morte: Fine Naturale, Dolore, Solitudine, Ignoto, Punizione, Abbandono, Fallimento, Ricompensa nell'Aldilà, Coraggio e Indifferenza. I 60 item sono stati poi sottoposti a un'analisi fattoriale, che però non ha confermato la struttura a 10 fattori; invece, i risultati hanno suggerito otto fattori come significativi e potenzialmente utili per sviluppare misure delle prospettive sulla morte. Questi otto fattori costituiscono le sotto-scale della *Death Perspective Scale* (vedi Appendice 12):

1. Morte come Dolore e Solitudine: la morte viene vista come un momento doloroso in cui si perde padronanza e coscienza, e come un momento di solitudine in cui si viene separati dalle persone care; questa sotto-scala contiene sei item.
2. Morte come Ricompensa di un Aldilà: la morte porta alla ricompensa di un'eternità benevola; questa sotto-scala contiene sei item.
3. Morte percepita Indifferentemente: la morte non ha alcuna importanza, non ha conseguenze, è un evento da dimenticare; questa sotto-scala contiene cinque item.
4. Morte come Ignoto: la morte è misteriosa, ambigua e inscrutabile; questa sotto-scala contiene sei item.
5. Morte come Abbandono accompagnato da Senso di Colpa: la morte genera sia senso di colpa per l'abbandono delle persone a carico, sia invidia nei confronti dei vivi; questa sotto-scala contiene cinque item.

[23] Le persone con questo orientamento religioso sono venute a patti con i temi importanti della vita, tra cui la morte; si tratta di un sistema religioso flessibile, che permette di vedere la morte come un momento in cui esprimere fede e fiducia nei confronti del proprio Dio e degli insegnamenti della Chiesa (Spilka et al., 1977).

[24] Orientamento che riflette motivazioni strumentali e utilitaristiche. La religione può dare solo una parziale soddisfazione, perché non è integrata nella propria vita (Allport, 1959). Le persone con questo orientamento danno importanza al denaro, al potere e al prestigio, il cui soddisfacimento viene ostacolato dalla morte, che quindi è vista come fonte di sofferenza, ansia, frustrazione, fallimento e angoscia (Spilka et al., 1977).

6. Morte come Coraggio: la morte è un'opportunità per mostrare forza e carattere, la realizzazione ultima dei più alti valori; questa sotto-scala contiene sei item.
7. Morte come Fallimento: la morte è fallimento, sconfitta e frustrazione; questa sotto-scala contiene cinque item.
8. Morte come Fine Naturale: la morte è la conclusione naturale della vita, oltre alla quale non c'è più niente; questa sotto-scala contiene quattro item.

Per ognuno dei 43 item, i partecipanti devono indicare il loro grado di accordo, utilizzando una scala Likert a 6 punti, che va da 1 (*Fortemente in disaccordo*) a 6 (*Fortemente d'accordo*).

Affidabilità e intercorrelazioni. Le analisi di Spilka et al. (1977) indicano una buona affidabilità per tutte le otto sotto-scale, con i punteggi più alti per 'Morte come Ricompensa di un Aldilà' e 'Morte come Ignoto'. In generale, questi dati dimostrano l'utilità dello strumento per la misurazione delle prospettive sulla morte.

Esaminando le intercorrelazioni tra le sotto-scale, Spilka et al. (1977) hanno scoperto che le otto misure tendono a dividersi in due gruppi: la seconda e la sesta sotto-scala (Morte come Ricompensa di un Aldilà e Morte come Coraggio) si caratterizzano per un orientamento positivo verso la morte, mentre le rimanenti sotto-scale per un orientamento negativo. Di fatto, la sotto-scala 'Morte come Coraggio' è debolmente associata alle prospettive negative, mentre è fortemente associata con la sotto-scala 'Ricompensa di un Aldilà', che a sua volta è negativamente correlata alle sotto-scale 'Morte come Solitudine e Dolore', 'Indifferenza verso la morte', 'Morte come Ignoto' e 'Morte come Fallimento'. Dall'altra parte, la sotto-scala 'Morte come Solitudine e Dolore' è fortemente associata alle sotto-scale 'Morte come Fallimento', 'Morte come Abbandono' e 'Morte come Indifferenza'; quest'ultima è positivamente correlata alla sotto-scala 'Morte come Fallimento', che a sua volta ha una relazione positiva con 'Morte come Abbandono'.

CAPITOLO 3:

Ontogenesi psicologica, aspetti psicopatologici e prospettive cliniche della paura della morte

Come si può intuire dal titolo, in questo capitolo verrà trattata la paura della morte dall'inizio alla fine: come si sviluppa (i. e., l'ontogenesi), quali sono le sue caratteristiche, i suoi antecedenti e le sue conseguenze, e quali trattamenti è possibile adoperare.

3.1 L'ontogenesi psicologica della paura della morte

Una volta definito il costrutto di paura della morte, e dopo aver indagato le panoramiche teoriche e gli strumenti di misurazione, è interessante capire come si sviluppa questa paura nel corso della vita. Si tratta di una tematica complessa da indagare, soprattutto nell'infanzia: la concezione matura e adulta della morte emerge per stadi? È solo dopo aver acquisito questa concezione che emerge la paura della morte, oppure questa può sorgere anche quando il bambino è semplicemente in grado di concettualizzare la morte? (Menzies R. G. e Menzies R. E., 2018). Per rispondere a queste domande bisogna innanzitutto delineare cosa si intende per 'concezione matura della morte'. Per Slaughter (2005) si ha una concezione matura della morte quando la si riconosce come un evento biologico causato dal fallimento dei sistemi corporei. Naturalmente, un bambino non vede la morte in questi termini: per un bambino, la morte potrebbe essere causata – per esempio – dall'Uomo Nero o da altri agenti punitivi (Menzies R. G. e Menzies R. E., 2018). Come si arriva quindi alla visione adulta e matura della morte concettualizzata da Slaughter? Al fine di rispondere a tutte queste domande, in questa sezione verranno analizzati gli studi che hanno esplorato i cambiamenti dei bambini nella loro comprensione della morte e nella paura da essa generata. Nello specifico, gli studi presi in esame fanno parte della ricerca psicoanalitica (che per prima si è interessata all'argomento), di quella piagetiana e – di recente – di quella intuitiva. La letteratura psicoanalitica descrive i concetti di morte posseduti dai bambini al fine di esplorare le loro risposte emotive alla morte; i ricercatori piagetiani indagano i cambiamenti nella comprensione della morte dei bambini in relazione al loro passaggio

attraverso gli stadi dello sviluppo cognitivo; l'approccio teorico intuitivo esplora le conoscenze dei bambini sulla morte in termini di sviluppo di conoscenze intuitive o popolari sulla biologia. Sorprendentemente, questi tre approcci offrono un quadro coerente dei cambiamenti nella paura della morte che si verificano nel corso dello sviluppo (Slaughter e Griffiths, 2007).

3.1.1 Infanzia

Come detto sopra, i ricercatori psicoanalitici sono stati i primi a studiare lo sviluppo della paura della morte nei bambini. Freud (1900) sosteneva che i bambini non sanno nulla sulla morte e che questa non ha significato per loro. Tuttavia, molti altri autori non la pensano come Freud. Per esempio, Klein (1948) credeva che la paura della morte del bambino fosse la prima esperienza di ansia, che è alla base di tutte le altre tipologie di ansia (ad esempio, ansia paranoica, ansia depressiva e ansia di castrazione). Erikson (1959) paragona la paura della morte alla primaria paura infantile di perdere la propria identità a causa dell'assorbimento da parte della figura materna. Wolson (2005) suggerisce che la paura primaria dell'inesistenza e il bisogno di sopravvivenza mentale sono le principali motivazioni per la creazione delle strutture psichiche, delle operazioni di difesa e del processo di separazione-individuazione, che forniscono al bambino un senso di esistenza. Hurvich (2018) cerca di riassumere le idee sulla primaria e infantile paura della morte nel quadro della psicologia dell'Io, formulando il concetto di ansia di annientamento. Intorno al settimo/nono mese di vita del bambino, l'ansia di annientamento viene sostituita dall'ansia da separazione, che secondo alcuni autori è legata alle prime associazioni consce con la morte (Firestone e Catlett, 2009; Freud, 1957; Kastenbaum, 2000, 2003).

3.1.2 Prima Infanzia

I bambini riconoscono per la prima volta la morte nel periodo prescolare. Studi condotti tramite interviste aperte incentrati sulle risposte emotive alla morte (ad esempio, Anthony, 1939; Nagy, 1948; Von Hug-Helmuth, 1965) hanno dimostrato che a questa età i bambini hanno un concetto immaturo di morte, sia perché devono ancora acquisire le basilari conoscenze biologiche sulla vita e sulla morte,

sia perché non capiscono le cause della morte, a meno che non la colleghino ad agenti interni (ad esempio, malattie) o esterni (ad esempio veleno o pistole); pertanto, devono cercare di dare un senso a ciò che sanno sulla morte e sul processo che porta ad essa (Slaughter e Griffiths, 2007). I bambini in età prescolare ritengono che la morte sia qualcosa che può accadere solo ad alcune persone, come gli anziani o i malati, e che può essere elusa conducendo una vita sana ed evitando situazioni potenzialmente letali, come incidenti o malattie mortali (Slaughter e Griffiths, 2007). Inoltre, i bambini vedono la morte come uno stato di vita alterato, paragonabile a un lungo sonno o letargo, o ad una trasformazione in un'altra forma (Menzies R. G. e Menzies R. E., 2018); per questo motivo, talvolta arrivano ad affermare che i morti hanno bisogno di cibo, acqua e ossigeno, e che possono ancora sentire e sognare. Queste visioni immature della morte sono tipicamente associate a paura e a strategie di evitamento, come la negazione (Menzies R. G. e Menzies R. E., 2018).

3.1.3 Età del Gioco ed Età Scolare

Secondo Erikson (1959), l'età del gioco è caratterizzata dalla paura per la vita, cioè dalla paura di morire e di perdere l'integrità corporea. Un'altra caratteristica di questo periodo è la tendenza a personificare la morte, e quindi a riconoscerla come una figura pericolosa del mondo esterno (il Mietitore, un cadavere, ecc.). Dolto (2018) sostiene che i bambini nell'età del gioco hanno paura della morte, ma poiché non hanno ancora acquisito un concetto razionale della finitezza dell'esistenza, riempiono l'idea della morte di paure attuali, come la paura di perdere l'amore del genitore, la paura dell'estrema passività o la paura della castrazione.

L'età scolare è invece caratterizzata secondo Erikson (1950, 1959, 1968) dallo sviluppo della sublimazione, processo che coinvolge anche il complesso della morte; grazie alla sublimazione, i bambini non danno eccessiva importanza alla morte, sebbene sia in questo stadio dello sviluppo che iniziano a vederla in modo realistico, come un evento inevitabile e universale (Nagy, 1948).

Mentre la ricerca psicoanalitica poneva al centro dell'attenzione lo sviluppo dell'ansia di morte, i lavori successivi di stampo piagetiano erano maggiormente interessati allo sviluppo della

comprensione della morte e a come questa influenza la paura della morte; a tal proposito, la ricerca ha analizzato specifiche sottocomponenti che contribuiscono all'acquisizione di un concetto maturo di morte (Menzies R. G. e Menzies R. E., 2018; Slaughter e Griffiths, 2007). Sebbene il numero di sottocomponenti vari tra gli studi (Lansdown e Benjamin, 1985; Speece e Brent, 1996), la maggior parte dei ricercatori riconosce l'importanza di cinque principali aspetti della comprensione della morte, che sono padroneggiati dai bambini in un ordine sequenziale relativamente stabile tra i 5 e i 10 anni (Menzies R. G. e Menzies R. E., 2018; Slaughter, 2005; Slaughter e Griffiths, 2007). La prima componente ad essere acquisita dal bambino, in genere tra i 3 e i 5 anni, è quella dell'irreversibilità (o finalità) della morte, cioè la comprensione che i morti non possono tornare in vita. Successivamente, tra i 7 e i 9 anni, i bambini acquisiscono le componenti dell'universalità (o applicabilità), dell'inevitabilità e della cessazione (o non funzionalità): l'universalità è la comprensione che la morte accade a tutti gli esseri viventi e solo ad essi; l'inevitabilità è la comprensione che, prima o poi, tutti gli esseri viventi devono morire; la cessazione è la comprensione che la morte è caratterizzata da processi corporei che smettono di funzionare. L'ultima componente ad essere acquisita, intorno ai 10 anni di età, è la causalità, cioè la comprensione che la morte è causata da processi corporei che smettono di funzionare; tuttavia, secondo Menzies R. G. e Menzies R. E. (2018) tale componente è influenzata da credenze religiose e spirituali, e non è necessaria per comprendere lo stato di 'essere morti'. Quindi, è solo all'età di 10 anni che i bambini arrivano a possedere un concetto maturo della morte, vista come un evento fondamentalmente biologico che inevitabilmente accade a tutti gli esseri viventi e che è in definitiva causato da un'irreversibile rottura nel funzionamento del corpo (Slaughter e Griffiths, 2007). Lo sviluppo di un tale concetto potrebbe influenzare la paura della morte sia positivamente che negativamente. Sul lato negativo, la comprensione che la morte è una universale, inevitabile e irreversibile cessazione delle funzionalità corporee potrebbe provocare paura nei bambini, perché questi comprendono che la morte accadrà anche a coloro che amano e anche a sé stessi. Sul lato positivo, l'acquisizione di un concetto maturo

di morte potrebbe ridurre la paura nei bambini, perché questi la vedono come parte naturale del ciclo di vita (Slaughter e Griffiths, 2007).

Pertanto, un concetto maturo di morte potrebbe determinare un aumento della paura della morte, sebbene alcuni studi dimostrino che questa completa comprensione non sia necessaria per far emergere la paura: per esempio, Hoffman e collaboratori (2010) hanno documentato paura della morte in bambini di tre anni, che ancora non possiedono un concetto maturo di morte. Sono due le spiegazioni possibili (Menzies R. G. e Menzies R. E., 2018). La prima è legata all'avversione al rischio che caratterizza la nostra specie, che ci rende diffidenti nei confronti della morte prima ancora di comprenderla a pieno. La seconda spiegazione postula che per far emergere paura della morte è verosimilmente sufficiente la componente dell'irreversibilità: anche se il bambino non ha ancora compreso che la morte è qualcosa che prima o poi succede a tutti gli esseri viventi, la consapevolezza che dalla morte non c'è ritorno è sufficiente a generare paura.

Studi che hanno fatto uso del *Koala Fear Questionnaire* (KFQ, Murris et al., 2003), una versione del *Revised Fear Survey Schedule for Children* (FSSC-R; Ollendick, 1983) in formato completamente pittorico, hanno dimostrato che la paura della morte aumenta e domina le preoccupazioni dei bambini per tutto il periodo che va dai 5 ai 10 di età, soprattutto nel momento in cui il concetto di morte diventa completo e maturo. Le paure più comuni riscontrate nei bambini piccoli coinvolgono animali, mostri, buio e separazione dai genitori (Gullone, 2000), che possono essere considerate i primi derivati dell'ansia di morte (Menzies R. G. e Menzies R. E., 2018), in quanto potrebbero causare la morte (Iverach et al., 2014): risulta ovvio che la separazione da un caregiver o la presenza di un mostro potrebbero aumentare la possibilità di morte, e per questo fanno paura.

3.1.4 Adolescenza

Lo sviluppo del pensiero astratto e di quello ipotetico-deduttivo che si verifica nell'adolescenza porta secondo Kastenbaum (2000) alla ricostruzione del concetto di morte e alla formazione di una visione matura della morte. Il risultato è una riorganizzazione degli atteggiamenti nei confronti della morte,

che diventano ora più adulti (Sekowski, 2019), sebbene alcuni siano ancora in via di sviluppo (come le competenze temporali, che si acquisiscono nella tarda adolescenza) (Sekowski, 2020).

Erikson ritiene che l'adolescenza sia il periodo di maggior preoccupazione per la morte (Erikson E. H. ed Erikson J. M., 1997). Se da una parte la consapevolezza della propria morte può generare paura e ansia, dall'altra parte può facilitare il processo di definizione di sé, stimolare l'impegno in valori e obiettivi, contribuire al consolidamento della propria identità (Sekowski, 2020), dare un senso di autonomia e supportare il secondo processo di separazione-individuazione (Blos, 1967). Questi dati sono coerenti con gli studi che hanno fatto uso dell'FSSC-R (Gullone, 2000), che hanno dimostrato che gli item riguardanti la morte erano quelli che suscitavano maggiore paura negli adolescenti; inoltre, questa paura era così intensa da interferire con le attività quotidiane della maggior parte dei soggetti (Ollendick e King, 1994), proprio perché la ruminazione che segue la contemplazione della propria morte – consentita dallo sviluppo del pensiero logico-formale, del ragionamento deduttivo e della capacità di pianificazione – può generare paura e ansia.

Il lato oscuro di questa maggiore preoccupazione per il tema della morte è un'espressione della diffusione di identità che Erikson (1959) chiama 'desiderio di morte': durante l'adolescenza, la diffusione di identità può sfociare in stati permanenti o ricorrenti di sfiducia, vergogna, colpa, inferiorità, confusione e disperazione, in un senso di falsità e in un "desiderio dell'io di 'lasciarsi morire'" (Erikson, 1968, p. 169; Sekowski et al., 2021); tutto questo, unito ad un eccesso di pensieri sulla morte, può portare alla formazione di un'identità negativa (Sekowski, 2020); inoltre, se la personalità dell'adolescente è dominata da caratteristiche distoniche[25], da bassa autostima e da un senso di cattiveria, inadeguatezza e impotenza, questo desiderio di morte può trasformarsi in comportamento suicidario (Erikson, 1959; Kaplan e Worth, 1993; Sekowski et al., 2021).

Un'altra cosa da considerare è che rispetto ai bambini più piccoli, gli adolescenti hanno maggiori probabilità di sperimentare la morte e la perdita nelle loro vite; inoltre, il pensiero astratto aumenta la

[25] Per caratteristiche distoniche si intendono comportamenti, pensieri e sensazioni considerati dall'individuo disturbanti e indesiderati, quindi non in accordo con il proprio sé.

capacità di interiorizzare le credenze religiose (Ens e Bond, 2007). Tuttavia, Ens e Bond (2007) non riportano differenze nei livelli di ansia di morte né tra coloro che avevano sperimentato una morte familiare e coloro che non avevano sperimentato una morte familiare, né tra coloro che avevano sperimentato una morte familiare stretta (genitori, fratelli) e coloro che avevano sperimentato una morte familiare estesa (nonni, zii…). Una forte correlazione è stata invece trovata tra il dolore da lutto e l'ansia da morte, come a voler dire che la perdita in sé non è associata ad ansia, a meno che l'adolescente non abbia sofferto. Verosimilmente, ciò è dovuto al fatto che l'esperienza dolorosa aumenta la paura della morte futura, poiché l'adolescente diventa più sensibile alla morte (Menzies R. G. e Menzies R. E., 2018). Infine, nello studio di Ens e Bond non sono state trovate relazioni tra religiosità e ansia di morte, suggerendo che in questa fase dello sviluppo la fede religiosa gioca un ruolo minoritario nel tamponare l'ansia di morte, probabilmente perché l'adolescenza non coinvolge una gran contemplazione sulla vita, sulla morte e sull'aldilà (Firestone, 1993).

3.1.5 Prima e Seconda Età Adulta

Se l'identità dell'Io è stabile e i meccanismi di difesa sono sufficientemente maturi, nella prima età adulta la paura della morte viene soppressa (Colarusso, 2014; Sekowski, 2019). Ciò è coerente con quanto sostenuto da Lester (1967a), secondo cui l'età influenza le attitudini nei confronti della morte fino a quando lo sviluppo mentale non è completo; dopodiché, sono i fattori personali e le esperienze di vita a influenzare gli atteggiamenti nei confronti della morte. In effetti, le prime ricerche non sono riuscite a trovare effetti legati all'età (ad esempio, Christ, 1961; Jeffers et al., 1961; Rhudick & Dibner, 1961; Swenson, 1961). Tuttavia, questi studi hanno tre principali problemi. In primo luogo, usano fasce d'età troppo strette. In secondo luogo, usano disegni che rendono impossibile eliminare gli effetti di coorte: è ovvio che coorti di età diverse abbiano sperimentato la morte in modi diversi (esposizione a guerre, epidemie, catastrofi mondiali…). Infine, non controllano la salute fisica, una variabile che può spiegare parte della varianza nei punteggi dell'ansia di morte. Per cercare di 'correggere' questi errori, Chopik (2017) ha condotto uno studio longitudinale della durata di quattro anni; i risultati mostrano che l'ansia di morte diminuiva nel corso degli anni, coerentemente con i

risultati della maggior parte degli studi recenti. Inoltre, un maggiore supporto sociale prevedeva livelli più bassi di ansia da morte quattro anni dopo; questo perché relazioni interpersonali strette regolano le emozioni riducendo l'ansia di morte per tutta la durata della vita (Chopik, 2017).

Secondo Jaques (1965) e Jung (1959), l'ingresso nella seconda età adulta è associata alla realizzazione che si è raggiunto il picco della propria vita e che si sta iniziando la discesa verso la fine; ciò solleva due problemi: la paura della morte e il pessimismo distruttivo. Se da un lato questo può determinare tristezza, depressione, senso di colpa, confusione, impotenza e solitudine, dall'altro lato può costituire un'opportunità per accettare la realtà, incrementare l'integrazione della personalità e rafforzare le relazioni interpersonali (Jaques, 1965; Sekowski, 2014). La mezza età è caratterizzata poi da una serie di cambiamenti: il corpo sperimenta i primi segni dell'invecchiamento, che ricordano la caducità della vita, si verifica la morte dei propri genitori, i propri figli vanno via di casa, nascono i nipoti, nel posto di lavoro subentrano colleghi più giovani e la pensione si avvicina sempre di più (Colarusso, 2014; Sekowski, 2014). Tutto questo genera una crisi tra generatività e stagnazione (Erikson, 1950, 1959, 1968; Erikson E. H. ed Erikson J. M., 1997), che ha delle implicazioni per quel che riguarda la paura della morte (Tomer, 1992). Per risolvere positivamente questa crisi, l'individuo dovrebbe vegliare sulle nuove generazioni, coltivando le loro creazioni e idee e tramandando valori. Prendendosi cura dei propri discendenti, l'individuo può superare la paura della morte e il pessimismo distruttivo (Sekowski, 2019).

3.1.6 Vecchiaia

Nella vecchiaia, la consapevolezza della propria morte può generare due reazioni. Da una parte può stimolare la crescita dell'Io e la saggezza; dall'altra può elicitare terrore e disintegrazione. Questo è ciò che Erikson ha definito 'crisi tra integrità dell'Io e disperazione' (Erikson, 1950, 1959, 1968; Erikson E. H. ed Erikson J. M., 1997). L'integrità, la saggezza e la consapevolezza sono associate a maturità, mentre la disperazione è associata alla mancanza di significato nella vita, alla sensazione che il tempo stia per scadere, con crescente paura della morte e della solitudine, e al senso di ingiustizia per la brevità della vita (Kernberg, 2012). La maggior parte delle ricerche conferma la

relazione negativa tra integrità dell'Io o saggezza e paura/negazione della morte, così come la relazione positiva tra integrità dell'Io e accettazione della morte (Ardelt, 2008; Ardelt et al., 2013; Brudek e Sekowski, 2019; Goebel e Boeck, 1987; Nehrke et al., 1978; Parker, 2013; Sekowski, 2019; Woods e Witte, 1981).

3.2 Gli attributi dell'ansia di morte

Come visto nel precedente capitolo, l'ansia di morte è un costrutto multidimensionale; nella loro *review*, Lehto e Stein (2009) analizzano gli studi che hanno preso in considerazione i diversi attributi dell'ansia di morte, concludendo che questi possono essere classificati in tre categorie: caratteristiche (1) emotive, (2) cognitive ed (3) esperienziali dell'ansia di morte. Tali componenti, ma più in generale la paura/ansia di morte, possono essere influenzate sia dallo stadio di sviluppo (vedi paragrafo precedente), sia da una varietà di fattori demografici, socioculturali e personali, che verranno approfonditi nel prossimo capitolo. Inoltre, sempre secondo gli autori, l'ansia di morte può in certi casi costituire una fonte motivazionale, che può emergere come espressione della tensione tra le nostre condizioni reali come esseri temporali e le aspirazioni umane ad essere esseri immortali (Momeyer, 1988)

3.2.1 Caratteristiche emotive

L'ansia di morte è strettamente correlata alla paura fondamentale dell'annientamento della propria esistenza (Greenberg et al., 1994) e deriva da strutture limbiche[26] fondamentali che sono antiche, cablate e adattate per la sopravvivenza (Panksepp, 2004). I sistemi cerebrali fondamentali alla base dell'ansia di morte includono l'amigdala e le strutture coinvolte nello sviluppo di ricordi paurosi impliciti (inconsci), e l'ippocampo e le aree corticali coinvolte nello sviluppo di ricordi paurosi espliciti (consci). Secondo LeDoux (2008), nell'uomo i due sistemi di memoria emotiva agiscono in parallelo e possono essere attivati contemporaneamente dagli stessi stimoli (in questo caso, la minaccia di morte); pertanto, le percezioni delle minacce associate alla morte si fondono con i

[26] Il sistema limbico è composto da una serie di strutture cerebrali coinvolte, tra le altre cose, nelle emozioni e nell'umore.

processi cognitivi nella formazione delle strutture di memoria (Becker, 1973; Lonetto e Templer, 1986; Neimeyer, 1994; Panksepp, 2004; Yalom, 1980). Per queste ragioni, Lehto e Stein (2009) ritengono che l'ansia di morte sia probabilmente un fenomeno umano universale.

3.2.2 Caratteristiche cognitive

Nella sua teoria dei costrutti personali (vedi capitolo 2, *sottoparagrafo 2.4.7*), Kelly (1955) affermò che la morte è incompatibile con la vita e quindi con le strutture cognitive fondamentali. Gli individui sviluppano strutture cognitive durature come risultato delle esperienze di vita, e per quanto queste strutture siano focalizzate sulla vita saranno sempre minacciate dal concetto di morte. Tuttavia, se la morte viene integrata nelle strutture cognitive – che influenzano le percezioni di minaccia e il grado di ansia della morte (Jost et al., 2007) – o ne diventa parte fondamentale, questa verrà percepita come una minaccia minore (Kelly, 1955).

Lavori recenti considerano l'ansia di morte come un costrutto cognitivo multidimensionale (Benton et al., 2007; Cicirelli, 2006); le dimensioni cognitive dell'ansia di morte includono credenze o idee sul processo di morte, pensieri sullo stato di morte o sull'essere distrutti, immagini di altri significativi, pensieri sull'ignoto e sulla morte, idee sul corpo dopo la morte e pensieri di una morte prematura (DePaola et al., 2003; Neimeyer, 1994).

3.2.3 Caratteristiche esperienziali

A livello esperienziale, l'ansia di morte è in gran parte negata o repressa, quindi – in genere – non fa parte dell'esperienza cosciente. Gli studi che manipolano la consapevolezza della morte (ad esempio, Goldenberg et al., 2006; Greenberg et al., 1994; Pyszczynski et al., 2004) hanno provocato una maggiore paura della morte nei soggetti. Inoltre, l'ansia di morte cosciente porta a difese attive come la distrazione, che serve a ridurre la minaccia e l'ansia generata dalla morte cosciente, trascurando però l'ansia di morte inconscia, che si manifesta tramite altre sedi (Greenberg et al., 1994; Jost et al., 2007). Continuare a pensare alla morte affatica i meccanismi di autoregolazione e quindi aumenta l'ansia per la morte nel tempo (Gaillot e al., 2006). Gli studi hanno dimostrato che l'autostima – un

‘meccanismo’ difensivo che protegge da paure umane fondamentali – aiuta a prevenire manifestazioni evidenti dell’ansia di morte (Pyszycynski et al., 2004).

3.3 Gli antecedenti dell’ansia di morte

Nel loro modello sull’ansia di morte, Tomer ed Eliason (1996) individuano tre antecedenti dell’ansia di morte: i rimpianti legati al passato, i rimpianti legati al futuro e il significato della morte. In accordo con gli autori, le prime due determinanti (rimpianti legati al passato/futuro) si riferiscono al tipo di rimpianto indotto dalla contemplazione della propria morte, mentre la terza (significato della morte) fa riferimento alla personale concettualizzazione della morte. Secondo Tomer ed Eliason (1996), nel momento in cui una persona prova molti rimpianti per il passato/futuro e percepisce la morte come priva di significato, allora sperimenterà elevata ansia di morte.

Più avanti, nella loro *review* sugli studi riguardanti la paura della morte, Lehto e Stein (2009) raggruppano gli antecedenti di tale paura in tre categorie: la prima categoria è costituita da ambienti stressanti (ad esempio, la guerra), la seconda comprende diagnosi di malattie gravi (per esempio, AIDS o tumori), la terza è costituita da esperienze ravvicinate con la morte e il morire.

In questo sottoparagrafo verranno analizzati gli antecedenti dell’ansia di morte individuati da Tomer ed Eliason (1996) e da Lehto e Stein (2009).

3.3.1 Rimpianti legati al passato e al futuro

Tomer ed Eliason (1996) definiscono i rimpianti legati al passato come la sensazione di non aver soddisfatto le proprie aspirazioni e i propri obiettivi di vita; questi rimpianti emergono quando si comincia a pensare alla possibilità della morte. L’individuo si sente in colpa per non aver realizzato ciò che lui/lei (e/o gli altri) si aspettava di realizzare, e questo rimorso aumenta l’ansia di morte (Tomer ed Eliason, 1996).

I rimpianti legati al futuro sono invece definiti da Tomer ed Eliason (1996) come la sensazione di non riuscire a soddisfare le proprie aspirazioni e i propri obiettivi a causa di una morte prematura; questi rimpianti sono quindi una risposta emotiva alla consapevolezza che, da un momento all’altro,

il futuro potrebbe non essere più disponibile. Ne consegue che una persona che si proietta nel futuro tramite progetti importanti per la propria identità sperimenterà elevata ansia di morte, mentre una persona che non ha molte aspettative avrà bassa ansia di morte (Tomer ed Eliason, 1996).

La relazione postulata da Tomer ed Eliason (1996) tra rimpianto e ansia di morte è supportata da una vasta letteratura sull'ansia di morte e sull'autorealizzazione (ad esempio, Maslow, 1968; Neimeyer, 1985, 1994; Neimeyer e Chapman, 1980; Neimeyer e Van Brunt, 1995; Robinson e Wood, 1985; Rogers, 1959; Wood e Robinson, 1982). Una persona altamente realizzata ha pochi rimpianti legati al passato e al futuro, e dal punto di vista della teoria psicosociale di Erikson (1963) ha raggiunto l'ottavo stadio dello sviluppo con saggezza, sentendo di aver vissuto una vita piena di significato; in virtù di tutto questo, tale persona non teme la morte e la accetta. Dall'altra parte, una persona che non si è autorealizzata ha molti rimpianti legati al passato e al futuro, e dal punto di vista della teoria psicosociale di Erikson (1963) non ha raggiunto l'ottavo stadio dello sviluppo con saggezza, sentendo di aver sprecato la propria vita; in virtù di tutto questo, tale persona non accetta la morte, al contrario prova paura e disperazione di fronte ad essa.

Alcuni autori sostengono che l'autorealizzazione e l'individuazione possono essere fonte di ansia di morte (ad esempio, Becker, 1973; Firestone, 1994). Secondo questa visione, il mancato raggiungimento dei propri obiettivi non produce direttamente ansia di morte, ma un 'ontologico senso di colpa' (che secondo il modello di Tomer ed Eliason corrisponde al rimpianto legato al passato) per non aver vissuto a pieno la propria vita (Firestone, 1994). Sebbene non ci siano molte ricerche a sostegno di questa posizione, è bene tenere presente che il rimpianto o il senso di colpa possono essere particolarmente toccanti a causa della realizzazione della finitezza della vita, e in virtù di questo possono essere espressi come intensa ansia di morte. Inoltre, Firestone (1994) sostiene che l'ansia di morte possano generarsi a seguito di esperienze soddisfacenti. Un'esperienza appagante può portare la persona ad incrementare le sue aspettative per il futuro, il che alimenta la paura di non riuscire a realizzare i propri obiettivi (rimpianto legato al futuro) a causa di una morte prematura; ecco quindi

che la persona inizia a sperimentare paura della morte, vista come l'evento che può ostacolare il raggiungimento dei propri progetti di vita.

Secondo Tomer ed Eliason (1996), è possibile mettere in relazione le due tipologie di rimpianto con il *Threat Index* (Krieger et al., 1974; *vedi sottoparagrafo 2.5.11*), frequentemente usato per misurare la discrepanza tra il sé reale, il sé ideale e la morte. Secondo gli autori, una piccola (o nessuna) discrepanza tra il sé reale e il sé ideale può indicare che l'individuo ha raggiunto i suoi obiettivi e che quindi non ha rimpianti legati al passato e al futuro; di conseguenza, la morte non dovrebbe essere vista come una minaccia (bassa paura della morte). Invece, una grande discrepanza tra il sé reale e il sé ideale può indicare che l'individuo non ha raggiunto le sue aspirazioni, e che quindi può avere rimpianti legato al passato, rimpianti legato al futuro, o entrambi; di conseguenza, la morte dovrebbe essere vista come una minaccia (alta paura della morte).

3.3.2 Significato della morte

Il terzo antecedente postulato da Tomer ed Eliason (1996) è costituito dal significato della morte, ossia la personale concettualizzazione che si ha di essa, che secondo gli autori può influenzare l'ansia legata all'anticipazione della morte: vedere la morte come significativa può ridurre l'ansia di morte, mentre vedere la morte come non significativa può aumentare l'ansia di morte. Questa posizione è stata confermata da numerosi studi. Per esempio, Holocomb et al. (1993) hanno osservato che i soggetti che descrivevano la morte come negativa, priva di significato, dolorosa e incomprensibile tendevano ad avere punteggi più alti sulla *Multidimensional Fear of Death Scale* (Hoelter, 1979), indicanti una maggiore paura della morte. Wong et al. (1994) hanno dimostrato che i giovani adulti caratterizzati da un'accettazione della morte orientata all'approccio avevano meno paura della morte. Similmente, Rigdon ed Epting (1985) hanno trovato una correlazione negativa tra la credenza in una vita ultraterrena e l'ansia di morte. Krieger et al. (1974) non hanno trovato alcuna relazione tra l'ansia di morte misurata dal *Threat Index* e la credenza in un aldilà, relazione trovata invece da Thorson e Powell (1994). Tomer ed Eliason sottolineano che credere nell'aldilà o nell'immortalità è solo uno dei modi per pensare alla morte come significativa. Un modo alternativo prevede un processo di

deindividuazione, dove il sé trascende i propri confini e si ricongiunge con l'universo e il cosmo (ad esempio, Dickstein, 1977; Kohlberg e Ryncarz, 1990). Un altro modo prevede di vedere la morte come una via di fuga da una vita miserevole; a tal proposito, Wong et al. (1994) hanno trovato una correlazione negativa tra la paura della morte e l'accettazione della morte orientata alla fuga.

Il personale significato che si ha della morte è determinato dalle proprie convinzioni sul mondo e su se stessi. Per chiarire questo punto, possiamo usare come esempio il modello di Antonovski (1987), che postula l'esistenza di tre componenti: comprensibilità, gestibilità e significatività. La prima componente si riferisce alla percezione del mondo come strutturato, prevedibile e spiegabile. Le altre due componenti si riferiscono alla percezione di sé come un individuo intraprendente e in grado di trovare un significato alle sfide della vita. Tutte e tre le componenti possono influenzare il modo in cui la morte viene percepita. Per esempio, Tomer ed Eliason (2000) hanno trovato una relazione negativa tra paura della non esistenza e comprensibilità e significatività; una relazione positiva è stata invece trovata tra l'accettazione neutrale della morte e la significatività.

3.3.3 Ambienti stressanti

Il primo antecedente della paura della morte postulato da Lehto e Stein (2009) è costituito da ambienti stressanti. Templer (1976) postulò che ci sono due fattori che possono influenzare il grado di ansia di morte: il primo è lo stato generale di salute psicologica, il secondo è costituito da eventi ambientali ed esperienze personali stressanti, come per esempio la guerra (per una discussione più dettagliata sul modello dei due fattori della morte si rimanda al *sottoparagrafo 2.4.4*). Un primo studio che indaga come la guerra possa influire sul livello di ansia di morte è quello di Lonetto et al. (1980), che hanno confrontato l'ansia di morte in due campioni di studenti universitari: il primo viveva in Irlanda del Nord, un luogo che in quel periodo era caratterizzato da disordini civili, il secondo viveva in una regione sud-occidentale della provincia dell'Ontario (Canada), un luogo che in quel periodo era libero da disordini civili. È stato riscontrato che, nonostante la differenza non significativa tra i due gruppi sul punteggio totale della *Death Anxiety Scale* (DAS; Templer, 1970), gli studenti dell'Irlanda del Nord erano più preoccupati di ricevere una diagnosi di cancro, di vivere una vita più breve e di vedere

un cadavere rispetto alle loro controparti canadesi; questo risultato è probabilmente dovuto agli effetti a lungo raggio che i disordini civili hanno avuto in questa nazione. Dall'altra parte, gli studenti canadesi erano più preoccupati per gli aspetti cognitivi dell'ansia da morte, cioè avevano più paura di morire e di avere pensieri riguardanti la morte.

Nel 1991, Abdel-Khalek pubblicò un report basato su uno studio condotto nel 1986, in cui sosteneva che ci sono diverse ragioni per ipotizzare che i campioni libanesi potrebbero ottenere un punteggio medio di ansia di morte più elevato rispetto a campioni di altri paesi arabi. La ragione principale di questa ipotesi è la guerra civile in Libano, che ha portato a massacri e rapimenti; inoltre, l'esercito israeliano è entrato in Libano nel 1982, portando a molte morti nei campi profughi. Tuttavia, è stato riscontrato che i campioni libanesi avevano lo stesso o addirittura un punteggio medio inferiore sull'ansia di morte rispetto ai loro coetanei arabi e statunitensi. Questo risultato è stato interpretato alla luce della tecnica psicoterapeutica del *flooding*[27]: la continua esposizione ad un ambiente insicuro determina alla fine una diminuzione dei livelli di ansia di morte.

In uno studio successivo (1998b), Abdel-Khalek ha confrontato i punteggi medi sulla DAS tra due campioni di studenti kuwaitiani: uno reclutato nel 1988 (prima dell'invasione irachena) e l'altro reclutato nel 1993 (dopo la liberazione irachena). I risultati hanno rivelato che il campione del 1993 ha raggiunto punteggi medi significativamente più alti sulla DAS rispetto alle loro controparti testate nel 1988, denotando punteggi medi più alti dopo l'invasione.

Roshdieh e collaboratori (1999) hanno studiato la relazione tra l'ansia di morte e la depressione nei musulmani iraniani esposti a eventi legati alla guerra tra l'Iran e l'Iraq del 1980-1988. I risultati hanno rivelato che coloro che erano stati più esposti a eventi traumatici legati alla guerra e coloro che erano meno religiosi avevano una maggiore ansia di morte e depressione.

[27] In psicologia il *flooding* (detto anche immersione o implosione) è una tecnica cognitivo-comportamentale che consiste nell'affrontare e nel risolvere i disturbi psichici, soprattutto le fobie, attraverso l'esposizione forzata alla situazione temuta. Lo scopo è quello di ottenere la diminuzione e successivamente l'eliminazione delle reazioni emotive e dei comportamenti problematici legati allo stimolo fobico (https://unafinestrasullapsiche.com/2019/02/27/immergersi-nella-propria-paura-il-flooding/).

In uno studio del 2004, Abdel-Khalek ha confrontato il livello di ansia di morte in diversi campioni di studenti kuwaitiani in sette somministrazioni, una effettuata nel 1988, quindi prima dell'invasione irachena, e le altre sei effettuate dopo la liberazione, quindi tra il 1993 e il 2002. Questo studio prevedeva di testare due ipotesi: la prima è che il livello di ansia di morte dovrebbe essere più alto dopo l'invasione irachena rispetto a prima dell'invasione, la seconda è che il livello di ansia di morte dovrebbe diminuire con il passare del tempo. Sia i maschi che le femmine mostrarono un aumento significativo del punteggio medio della DAS nei tre anni dopo la liberazione irachena (1993, 1995 e 1996) rispetto al punteggio medio della DAS misurato nel 1988. Questo risultato è coerente sia con il secondo fattore postulato da Templer (1976), sia con gli studi precedenti di Abdel-Khalek (1998) e di Roshdieh et al. (1998-99); tuttavia, tale risultato è in contrasto con i risultati di Lonetto et al. (1980). Successivamente, non sono state rilevate differenze significative sulla DAS nelle ultime tre somministrazioni (1997, 2000 e 2002). Si può quindi dire che il passare degli anni ha diminuito il punteggio medio di ansia di morte a seguito dell'estinzione degli effetti traccia dell'aggressione. Questi risultati verificano entrambe le ipotesi del presente studio.

In un altro studio, Abdel-Khalek & Tomás-Sábado (2005) hanno riscontrato che gli studenti di infermieristica egiziani mostravano una maggiore ansia per la morte rispetto agli studenti di infermieristica spagnoli; secondo gli autori, questo risultato è probabilmente dovuto al fatto che rispetto alla Spagna, l'Egitto ha un reddito pro-capite più basso e manifesta un maggiore stress causato dal fatto di essere un paese in via di sviluppo e culturalmente più preoccupato per il lutto.

Tutti gli studi visti finora dimostrano che fattori ambientali stressanti e imprevedibili possono influenzare il livello di ansia da morte; tuttavia, potrebbero esserci delle eccezioni. In un ampio studio condotto da Floyd e collaboratori (2005) su giovani studenti universitari negli Stati Uniti utilizzando la *Multidimensional Fear of Death Scale* (Hoelter, 1979; Neimeyer e Moore, 1994), è stata trovata poca differenza sull'ansia di morte complessiva tra gli studenti che hanno riportato esperienze traumatiche (per esempio, un grave incidente automobilistico) e quelli che non lo hanno fatto.

3.3.4 Diagnosi di malattia grave

Il secondo antecedente della paura della morte postulato da Lehto e Stein (2009) è la diagnosi di una malattia grave o terminale. Secondo vari autori, la diagnosi di una malattia grave pone il paziente faccia a faccia con la morte (Emmanuel et al., 2004; Soleimani et al., 2017) e lo espone a molteplici conseguenze negative, tra cui – appunto – la paura della morte e del morire (Bahrami et al., 2013). Che i pazienti abbiano una maggiore paura della morte rispetto ai non pazienti era già stato affermato da Cappon nel 1962: nel suo studio, l'autore ha osservato che i pazienti facevano più frequentemente riferimento alla paura della morte, ma quanto più una persona era vicina alla morte reale (ad esempio, malati terminali di cancro) tanto più frequentemente le affermazioni sulla morte e sulla paura di morire diventavano indirette. Le affermazioni dirette sulla morte e sulla paura di morire erano invece più frequenti tra i pazienti psichiatrici, che mostravano anche la più alta incidenza di mancata compilazione dei questionari riguardanti sulla paura della morte, il che di per sé può essere preso come indice di questa paura (Cappon, 1962). Più avanti, Smith et al. (1984) trovarono che i malati terminali ottenevano punteggi bassi sulla *Fear of Death Scale*, suggerendo una bassa ansia di morte; secondo gli autori, ciò è probabilmente dovuto all'accettazione realistica della morte, al venire a patti con l'inevitabilità della stessa e alla credenza dell'esistenza di un aldilà.

In letteratura è possibile trovare numerosi studi che indagano la paura della morte nei pazienti con diverse malattie, sia somatiche che psichiche. Sebbene le neoplasie siano tra le principali cause di morte nel mondo, non ci sono risultati conclusivi che stimano la prevalenza dell'ansia di morte tra i malati di cancro (Soleimani et al., 2020). Soleimani et al. (2020) hanno condotto una meta-analisi su 22 studi che indagano la paura della morte nei pazienti con tumore, concludendo che tale paura è moderata e influenzata da fattori socio-demografici come il tipo di cancro, il Paese, il sesso, l'età e lo stato civile. Per quanto riguarda il tipo di cancro, i risultati della meta-analisi rivelano che i pazienti con cancro al seno erano quelli con maggiore ansia di morte; ciò potrebbe essere dovuto all'impatto – sia fisico che psicologico – che la mastectomia ha sulla donna, per esempio a livello dell'immagine corporea (Berek, 2012; Ramezani, 2001; Soleimani et al., 2020). Per quanto riguarda il sesso, i

risultati del presente studio rivelano una maggiore paura della morte nei pazienti di sesso femminile, che sperimentano anche un maggior disagio psicologico (Suhail e Akram, 2002). Drolet (1990) afferma che i pazienti di sesso maschile pensano più frequentemente alla morte, ma provano meno sentimenti negativi e meno ansia per essa. Inoltre, è stato riscontrato che le pazienti più giovani sperimentavano più stress emotivo rispetto a quelle più anziane, probabilmente a causa della loro maggiore attenzione verso il processo patologico (Wenzel et al., 1999). Per quanto riguarda il Paese, i risultati della meta-analisi mostrano che nei paesi a basso reddito i malati di cancro sperimentano maggior disagio psicologico (Subramaniam et al., 2017), il che è probabilmente dovuto alla carenza di farmaci, alla mancanza di copertura assicurativa e agli elevati costi degli interventi chirurgici, tutti fattori che influenzano il tasso di successo del trattamento, e quindi il recupero, del paziente malato di tumore (Soleimani et al., 2020). Infine, i risultati della meta-analisi riportano dati contrastanti su stato civile e paura della morte nei pazienti con tumore: alcuni studi mostrano che i pazienti sposati avevano una maggiore ansia di morte rispetto ai non sposati (single, divorziati o vedovi), altri invece riportano tassi di paura più elevati nei pazienti single (Gilbar et al., 1995). In generale, il legame tra stato civile e ansia di morte non è chiaro ed è probabilmente moderato dalla cultura, dal tipo di cancro, dalle credenze spirituali e dal sostegno sociale percepito (Soleimani et al., 2020).

Un'altra malattia che può generare intesa paura di morire è la sindrome coronarica acuta, sebbene oggi il tasso di sopravvivenza sia molto elevato. Whitehead e collaboratori (2005) hanno scoperto che la stragrande maggioranza dei pazienti con sindrome coronarica acuta manifesta intensa o moderata paura della morte, che non sono correlate alla presentazione con STEMI o NSTEMI/UA[28], alla storia clinica o al rischio futuro, e alle circostanze che circondano l'insorgenza. Gli autori hanno scoperto che il disagio e la paura della morte sono fenomeni guidati da altri aspetti esperienziali. Uno di questi è il dolore: i pazienti che avevano sperimentato un forte dolore toracico avevano una probabilità cinque volte maggiore di riportare intenso disagio e paura di morire rispetto a quelli con

[28] **STEMI**: *ST-segment elevation myocardial infarction* (infarto miocardico acuto con sopraslivellamento del tratto ST); **NSTEMI**: *non ST-segment elevation myocardial infarction* (infarto miocardico acuto senza sopraslivellamento del tratto ST); **UA**: *unstable angina* (angina instabile)

dolore basso. Altri fattori sono il sesso e lo status socio-economico: l'angoscia e la paura di morire erano più comuni nelle donne e nei pazienti di status socioeconomico inferiore. È probabile che i soggetti con un basso status socio-economico abbiano minori conoscenze sulla gestione efficace delle condizioni cardiache acute, il che può portate a temere il peggio. È stata poi trovata un'associazione con lo stress emotivo precedente, che può fungere da innesco per una sindrome coronarica acuta (Strike e Steptoe, 2005).

Abdollahi (2019) ha dimostrato che lo stress percepito aumentava l'ansia di morte pazienti con sclerosi multipla, soprattutto in quelli con bassa auto-trascendenza, uno dei meccanismi che secondo la teoria della gestione del terrore (Greenberg et al., 1997) permette di tamponare l'ansia di morte.

L'ansia di morte è una delle principali conseguenze psicologiche dell'HIV, il virus dell'immunodeficienza umana che porta all'AIDS. Miller et al. (2012) hanno eseguito una meta-analisi di 18 studi su HIV/AIDS e ansia di morte, che dimostra che:

- L'ansia di morte è maggiore nelle persone sieropositive e sintomatiche, soprattutto in quelle più anziane, e si attenua col passare del tempo e dopo la terapia antiretrovirale altamente attiva (*highly active antiretroviral therapy*, HAART).
- Il supporto sociale e la religiosità intrinseca (cioè, la personale convinzione religiosa) sono fattori protettivi relativamente modesti contro l'ansia di morte. Invece, la religiosità estrinseca (cioè, i comportamenti religiosi istituzionalizzati) può esacerbare o essere esacerbata dall'ansia di morte.
- Esiste una relazione medio-grande tra ansia di morte e altri sintomi psicologici dell'HIV/AIDS, in particolare ansia e depressione.

Infine, per quanto riguarda la psicopatologia, vari studi affermano che esiste una relazione tra ansia di morte e disadattamento, sintomi nevrotici e psicopatologia (ad esempio, Abdel-Khalek, 1986, 1997, 1998c, 2001, 2005; Lonetto e Templer, 1986; Neimeyer e Van Brunt, 1995; Neimeyer et al., 2004; Tramill et al. 1982; White e Handal, 1991).

3.3.5 Esperienze con la morte e il morire

Un ultimo fattore che secondo Lehto e Stein (2009) può determinare una modificazione del livello di paura della morte è costituito dalle esperienze con la morte e il morire, per esempio tra coloro che hanno subito una perdita, che studiano questi temi ogni giorno o che lavorano in contesti dove la malattia e la morte sono all'ordine del giorno (medici e infermieri). Sono tanti gli studi che hanno cercato di capire il ruolo che questo ultimo fattore gioca nel generare ansia di morte. Per esempio, si è visto che tra gli adolescenti che avevano sperimentato la morte di un nonno, il dolore dovuto al lutto era l'unico predittore significativo dell'ansia di morte (Ens e Bond, 2005).

Utilizzando un test implicito che misurava la valenza della morte, l'ansia e la negazione, oltre a una scala che misurava l'ansia di morte, Bassett e Dabbs (2003) hanno visto che gli studenti di Scienze Mortuarie[29] mostravano di avere una minore ansia di morte esplicita e una maggiore negazione implicita della morte rispetto agli altri studenti universitari. Gli autori suggeriscono che le misure esplicite dell'ansia di morte possono sottostimare l'esperienza dell'ansia per la morte e che l'impronta educativa degli studenti di scienze mortuarie può ridurre la negazione della morte.

Chen et al. (2006) riportano che gli studenti di infermieristica più esperti riportano una maggiore ansia di morte rispetto alle loro controparti meno esperte. Mallett et al. (1991) hanno dimostrato che gli infermieri che lavorano terapia intensiva riportano più ansia di morte, burnout e stress rispetto agli infermieri che lavorano negli hospice, che secondo lo studio di Payne et al. (1998) mostrano una minore ansia per la morte e un maggiore richiamo delle esperienze positive e impegnative di cura dei pazienti. Questi risultati sono probabilmente dovuti alla filosofia degli hospice, che è quella di vedere la morte come una componente essenziale della vita e, quindi, di affrontare apertamente le questioni associate alla morte (Lehto e Stein, 2009).

Uno studio ha esaminato gli effetti della formazione sulle cure palliative e dell'ansia da morte nei volontari che operano nelle cure palliative. Mentre i punteggi di ansia per la morte non sono cambiati

[29] Corso di laurea in cui si impara ad avere cura dei cadaveri, comprendere il processo del lutto e acquisire le competenze necessarie per diventare impresari di pompe funebri. A titolo informativo, tra le università che offrono questa laurea si trovano l'Università dell'Oklahoma e il Cincinnati College di Scienze Mortuarie.

prima e dopo la formazione, i partecipanti si sono sentiti più preparati e competenti nel gestire pazienti che affrontano malattie terminali (Claxton-Oldfield et al., 2007).

3.4 Conseguenze dell'ansia di morte

Nello loro *review*, Lehto e Stein (2009) classificano le conseguenze dell'ansia di morte in due categorie: adattive e disadattive.

3.4.1 Conseguenze adattive

Come sostenuto dalla teoria della gestione del terrore, quando la consapevolezza della morte e l'ansia ad essa associata aumentano, le persone possono rispondere difendendo e/o intensificando le loro convinzioni culturali (Pyszczynski et al., 2004). Nelle culture occidentali, il materialismo potrebbe essere una risposta all'ansia di morte (Arndt et al., 2004; Rindfleisch e Burroughs, 2004): l'approvazione collettiva dei *brand* e del consumismo può fornire un senso di significato, rafforzare i legami sociali e l'appartenenza all'*ingroup* e migliorare le percezioni di potere nel raggiungimento di importanti risultati della vita. Questo a sua volta può migliorare l'autostima e le percezioni di status, fattori che isolano dalla consapevolezza della morte e dall'ansia che essa genera (Rindfleisch e Burroughs, 2004).

Altre ricerche hanno scoperto che la consapevolezza e l'ansia di morte aumentano l'impegno nelle relazioni romantiche (Mikulincer et al., 2003). I ricercatori ipotizzano che così come l'autostima e le visioni del mondo culturali, anche le relazioni strette funzionano come un 'cuscinetto' per l'ansia di morte (Mikulincer et al., 2003).

Hirschberger et al. (2005) hanno cercato di capire se la paura della morte fosse alla base delle reazioni emotive che si manifestano nei confronti di individui con disabilità; i risultati hanno dimostrato che mentre gli uomini rispondevano all'ansia di morte reprimendo emozioni e compassione, le donne rispondevano aumentando la compassione. Secondo gli autori, questi diversi comportamenti mostrati da uomini e donne seguono stereotipi di genere culturalmente stabiliti: i maschi manifestano meno compassione perché sono socializzati per mostrare forza e indipendenza,

mentre le femmine manifestano una maggiore compassione perché sono socializzate per prendersi cura dei bisogni altrui (Hirschberger et al., 2005).

Infine, ulteriori conseguenze positive dell'esperienza della paura della morte includono apprendimento, crescita, accettazione, maggiore significato della vita e ricerca di un'esistenza autentica (Firestone, 1993).

3.4.2 Conseguenze disadattive

Sebbene l'ansia di morte sia normale e universale, essa è associata a diverse conseguenze disadattive (Lehto e Stein, 2009). Per esempio, l'ansia di morte è associata ad atteggiamenti negativi nei confronti degli anziani e dell'invecchiamento (DePaola et al., 1992), soprattutto negli individui in età avanzata (DePaola et al., 2003). Una possibile interpretazione di questo risultato è che la vecchiaia può essere spaventosa per gli anziani proprio perché rappresenta una crescente vicinanza alla morte, che solleva una varietà di paure e di domande esistenziali legate ad essa. Inoltre, gli individui più anziani possono psicologicamente prendere le distanze dalle caratteristiche negative dell'invecchiamento fisico e dalla potenziale dipendenza (Hendricks e Leedham, 1980; Kite et al., 1991), oltre a reagire alla paura della mortalità ricordata vividamente dall'avanzare dell'età. Se è così, DePaola et al. (2003) suggeriscono che promuovere una maggiore integrità dell'ego e ridurre l'ansia per la morte attraverso procedure come la revisione della propria vita (Butler, 1995) potrebbero facilitare una maggiore accettazione di sé e degli altri in età avanzata.

In un lavoro del 2003, Martz e Linveh hanno trovato che la paura della morte era negativamente associata all'orientamento al futuro nei pazienti con lesioni al midollo spinale, soprattutto in presenza di dolore quotidiano e ulcera da pressione; in altre parole, questi pazienti erano meno orientati al futuro. Ciò è probabilmente dovuto al fatto che le esperienze stressanti e intrusive e la presenza di dolore costringono l'individuo a concentrarsi sui bisogni presenti, offuscando la capacità di proiettarsi nel futuro attraverso progetti, obiettivi e speranze (Martz e Linveh, 2003). Successivamente, Martz (2004) scoprì che in questi pazienti la paura della morte – nello specifico i fattori la consapevolezza e la negazione della morte – era anche un predittore delle reazioni di stress post-traumatico.

L'ansia di morte è anche associata a disturbi alimentari e di automutilazione (Farber et al., 2007; Jackson et al., 1990; Le Marne e Harris, 2016).

Abdel-Khalek (2005) ha condotto uno studio al fine di confrontare la paura della morte in gruppi clinici (pazienti con disturbo d'ansia, con schizofrenia e tossicodipendenti) e non clinici (controlli). Dai risultati è emerso che i pazienti con disturbo d'ansia manifestavano i più alti livelli di ansia di morte. Secondo l'autore, questo dato è coerente con la letteratura e potrebbe essere dovuto al fatto che l'ansia generale e l'ansia di morte condividano uno spazio psicologico comune: entrambe sono emozioni umane negative, caratterizzate da preoccupazione, angoscia, insicurezza, apprensione e disagio, diretti sia verso la minaccia di morte sia verso pericoli più generali.

Altri studi suggeriscono che l'ansia di morte può portare all'ambivalenza verso il proprio corpo, all'interruzione delle relazioni personali e al ritiro dall'intimità sessuale, perché il corpo fisico ci ricorda la finitezza della nostra vita (Bassett, 2007; Goldenberg et al., 2006).

Deffner e Bell (2005) sostengono che gli infermieri con maggiore ansia di morte possono essere riluttanti a discutere di problemi riguardanti la morte con i pazienti e le loro famiglie; inoltre, possono sentirsi a disagio nel discutere di temi come l'eutanasia, arrivando ad evitare l'argomento (Ray e Raju, 2006). Invece, gli infermieri formati nella comunicazione relativa alla morte si mostravano più a loro agio nella discussione delle preoccupazioni riguardanti la morte con i pazienti e le loro famiglie (Deffner e Bell, 2005).

Nella loro *Fear of Personal Death Scale*, Florian e Kravetz (1983) individuano tre tipologie di conseguenze negative che la propria morte e la paura che essa genera possono avere: conseguenze personali, conseguenze interpersonali e conseguenze transpersonali. Le conseguenze personali includono la paura dell'annientamento e della perdita dell'autorealizzazione e dell'identità sociale; le conseguenze interpersonali riguardano la famiglia e gli altri significativi, e includono – per esempio – la paura di lasciare indifesi i propri cari e che questi possano avere ancora bisogno; le conseguenze transpersonali includono la paura dell'ignoto, dell'incertezza e di eventuali punizioni nell'aldilà.

3.5 Trattamento dell'ansia di morte

Come si è visto nel *sottoparagrafo 3.3.4*, la diagnosi di una malattia grave o terminale è associata ad un aumento dell'ansia di morte, che a sua volta è legata ad un peggioramento delle condizioni fisiche e psichiche del paziente. Al fine di ridurre la sofferenza e il dolore causati dalla malattia e dall'ansia di morte che ne segue, e di migliorare il periodo che precede la morte in caso di malattia terminale, sono stati proposti diversi trattamenti contro la tanatofobia. Blomstrom et al. (2020) hanno pubblicato una *review* degli interventi attualmente utilizzati per ridurre l'ansia di morte e i sintomi correlati, valutando l'efficacia di questi trattamenti e l'impatto che essi hanno sulle credenze nell'aldilà. Tali interventi includono sia metodi tradizionali, come la psicoterapia e la *mindfulness*, sia metodi più innovativi, come l'uso di sostanze psichedeliche e della realtà virtuale.

Basandomi sulla *review* di Blomstrom et al. (2020), in questo paragrafo verranno descritte le quattro tipologie di intervento più utilizzate per trattare e ridurre l'ansia di morte.

3.5.1 Psicoterapia

Meaning-Centred Psychotherapy. La teoria della gestione del terrore sostiene che gli individui possono ridurre la sensazione di minaccia provocata dall'imminente morte costruendo un senso di scopo e di significato nella loro vita (Solomon et al., 1991). Basandosi su questo assunto, Frankl (1985) ha progettato la *Meaning-Centred Psychotherapy* (MCP) per aiutare i malati di cancro in stadio avanzato a sostenere o migliorare un senso di significato, di pace e di scopo nelle loro vite. Successivamente, Rosenfeld e collaboratori (2017) hanno sviluppato la *Meaning-Centred Psychotherapy-Palliative Care* (MCP-PC), al fine di concentrarsi sugli aspetti più pertinenti del trattamento in un breve periodo di tempo; tale intervento prevede tre sessioni:

1. La prima sessione affronta la comprensione del significato da parte della persona e l'esperienza del significato nella sua vita. Al paziente viene chiesto di discutere dei momenti significativi del passato, della sua identità prima e dopo la diagnosi e degli aspetti del suo passato che hanno influenzato valori e identità.

2. La seconda sessione affronta le fonti di significato, incluse quelle esperienziali (ad esempio, amore, bellezza e umorismo), creative (ad esempio, creare una vita significativa attraverso ruoli e compiti), attitudinali (ad esempio, affrontare i limiti della vita) e storiche (ad esempio, eredità e storia familiare). Al paziente viene chiesto di riflettere su quale di queste fonti di significato attinge ancora, nonostante i limiti imposti dalla malattia.
3. La terza ed ultima sessione si concentra sulla ricerca di un significato attraverso il coraggio e l'impegno, sul vivere la propria eredità e sul trovare un senso di pace. Al paziente viene chiesto di identificare i momenti del passato in cui è stato coraggioso, di descrivere in che modo è cambiato da quel momento nel contesto della malattia, e di discutere dell'eredità che spera di lasciare in questo mondo.

Nello studio di Rosenfeld et al., metà dei partecipanti ha trovato utile questo intervento per trovare significato nella propria vita. Tuttavia, c'era una grande differenza tra i pazienti a seconda di quale elemento del trattamento fosse più utile, il che suggerisce la necessità di un trattamento individualizzato. Per rispondere a questa necessità, Breitbart et al. (2018) hanno sviluppato la versione individualizzata della MCP, denominata *Individual Meaning-Centred Psychotherapy* (IMCP). Tale trattamento si è rivelato più utile della psicoterapia di supporto e dell'assistenza abituale avanzata nel migliorare la qualità della vita, il senso di significato, il benessere spirituale, l'ansia di morte e il desiderio di una morte rapida.

Life Review Therapy. Un altro intervento psicoterapico è la *Life Review Therapy* ideata da Butler (1963), che prevede di ritornare con la mente alle esperienze passate al fine di risolvere i conflitti; così facendo, è possibile aumentare l'integrità dell'io, riducendo l'ansia di morte (Fishman, 1992). Nel 2018, Kleijn e collaboratori hanno creato un intervento chiamato '*Dear Memories*' combinando la *Life Review Therapy* con il *Memory Specific Training*. Tale intervento si propone di migliorare la memoria autobiografica dei pazienti oncologici attraverso il recupero di ricordi positivi; si è visto che questo intervento migliora l'integrità dell'io e, quindi, l'ansia di morte nell'arco di un mese.

Managing Cancer and Living Meaningfully. Altro intervento che secondo Grossman e collaboratori (2018) riduce l'ansia di morte è il *Managing Cancer and Living Meaningfully* (CALM). Tale trattamento affronta in 3/8 sessioni il cambiamento in quattro categorie: (1) il Sé e le relazioni, (2) il benessere spirituale, (3) la preparazione al futuro e (4) il sostegno alla speranza e alla mortalità. Uno studio di Lo et al. (2014) rivela miglioramenti significativi dell'ansia di morte, dei sintomi depressivi e del benessere spirituale.

Terapia di coppia. Un ultimo intervento efficace nel ridurre l'ansia di morte è la terapia di coppia (Grossman et al., 2018), che mira a ridurre il disagio, a migliorare la comunicazione e ad aumentare l'intimità tra i pazienti terminali e i loro partner. Mohr et al. (2003) hanno somministrato l'intervento a nove pazienti con cancro terminale per otto settimane e hanno osservato una significativa riduzione del disagio nei confronti della morte per il paziente, una riduzione della preoccupazione della morte per il partner e un significativo esito positivo della relazione per il paziente.

3.5.2 Mindfulness

La *mindfulness* prevede di prestare attenzione al momento presente in modo curioso e non giudicante (Kabat-Zinn, 1994); tale tecnica aiuta a gestire i sintomi cognitivi separando le sensazioni corporee dalle cognizioni e dalle emozioni e riducendo la gravità percepita degli eventi (Blomstrom et al., 2020). La *mindfulness* si è rivelata utile nel trattamento di diversi sintomi ansiogeni e depressivi, che possono aumentare la mortalità in pazienti con malattia grave o terminale (Jiang et al., 2001).

Per esempio, Sullivan et al. (2009) hanno ideato il progetto SEARCH (*Support, Education and Research in Chronic Heart Failure*) per valutare l'impatto di un intervento basato sulla *mindfulness* sulla depressione e sulla qualità della vita in pazienti con insufficienza cardiaca cronica. Il trattamento si concentrava su tre componenti: riduzione dello stress, miglioramento delle strategie di coping e discussione di gruppo. Rispetto ai pazienti di controllo (che ricevevano il trattamento abituale), i pazienti trattati con *mindfulness* mostravano una diminuzione dei sintomi depressivi e ansiogeni e un miglioramento dei sintomi fisici (condizioni cardiache).

Pagnini et al. (2017) hanno ideato il progetto *Mindfulness-Based Stress Reduction-Amyotrophic Lateral Sclerosi*s (MBSR-ALS) per valutare gli effetti del trattamento basato sulla *mindfulness* sulla qualità della vita in pazienti con sclerosi laterale amiotrofica (SLA). Rispetto al gruppo di controllo (che riceveva il trattamento abituale), il gruppo sperimentale ha mostrato un aumento statisticamente significativo della qualità della vita, oltre a strategie di coping più funzionali, miglioramento della resilienza, riduzione dell'atteggiamento giudicante e maggiore accettazione della mortalità.

La *mindfulness* si è rivelata utile nel ridurre ansia e stress anche nei malati di cancro (Carlson et al., 2004; Piet et al., 2012; Zabora et al., 2001). Atreya e collaboratori (2018) hanno condotto uno studio in cui pazienti affetti da cancro al colon venivano trattati con esercizi di *mindfulness* basati sul suono; dai risultati è emerso che il trattamento ha ridotto l'angoscia e l'ansia, ed ha aumentato la non reattività e la sensazione di pace.

Alti livelli di ansia e depressione possono aumentare la salienza della mortalità e il ricorso a meccanismi di difesa prossimali (ignorare consapevolmente i pensieri sulla mortalità) e distali (cambiare inconsapevolmente il comportamento per ignorare questi pensieri) (Burke et al., 2010; Florian e Mikulincer, 1997; Greenberg et al., 1992; Kesebir, 2014). Schultz e Arnau (2019) hanno dimostrato che la *mindfulness* riduce i meccanismi di difesa prossimali e l'affettività negativa, che a loro volta sono associati ad una minore salienza della mortalità, e quindi a minore stress e ansia.

3.5.3 Sostanze psichedeliche

Nei malati di cancro, il benessere esistenziale e spirituale ha un effetto positivo sulla qualità della vita e diminuisce ansia e depressione (Blomstrom et al., 2020). Nonostante tale consapevolezza, non ci sono farmaci specificamente approvati dalla *Food and Drug Administration* (FDA) per il trattamento del disagio psicologico legato al cancro. La letteratura sostiene che gli antidepressivi non sono così efficaci, a causa degli alti tassi di recidiva e dei significativi effetti collaterali (Freedman, 2010; Li et al., 2012). Negli anni '50 si è fatta strada l'idea che le sostanze psichedeliche, come la psilocibina e l'LSD, possano essere utili nel trattamento del disagio psicologico dei malati terminali di cancro. Tali

sostanze sono infatti antagonisti del recettore 5-HT_{2A}[30] e aumentano le percezioni sensoriali, producono immagini positive e accelerano il pensiero (Grifths et al., 2016; Grob et al., 2010). Tuttavia, la ricerca sul trattamento del benessere psicologico tramite tali sostanze è stata interrotta verso la metà degli anni '70 a causa del *Controlled Substance Act*[31] (Blomstrom et al., 2020). Ciononostante, negli ultimi anni sono stati condotti studi controllati che hanno cercato di esaminare l'efficacia delle sostanze psichedeliche nel trattamento del disagio psicologico dei malati di cancro. I risultati di queste ricerche dimostrano che l'uso di LSD o di psilocibina riduce l'ansia (di stato e di tratto) e la depressione, diminuisce la paura della morte e migliora la qualità della vita, il senso di significato e l'ottimismo, senza effetti avversi sulla salute (ad esempio, Gasser et al., 2014; Grifiths et al., 2016; Grob et al., 2010; Ross et al., 2016).

3.5.4 Realtà virtuale

La realtà virtuale è una tecnologia che permette di studiare la tanatofobia in modi innovativi, in quanto consente di simulare le esperienze comunemente associate alla morte e al morire (Barberia et al., 2018); essa inoltre può aiutare i pazienti a far fronte all'ansia di morte (Blomstrom et al., 2020). Ad esempio, la realtà virtuale permette alle persone di controllare corpi virtuali a grandezza naturale da una prospettiva in prima persona, il che suscita la percezione della proprietà del corpo virtuale; in questo modo, i ricercatori possono utilizzare la realtà virtuale per simulare esperienze fuori dal corpo[32] *(out-of-body experience* – OBE), esperienze ai limiti della morte[33] (*near-to-death experience* – NDE) e persino la morte (Barberia et al., 2018).

Barberia et al. (2018) hanno sottoposto 15 donne (gruppo sperimentale) a un'esperienza di realtà virtuale, in cui controllavano un corpo umanoide e vivevano su un'isola tropicale insieme a un partner. Durante questa esperienza, le partecipanti hanno visto i loro corpi virtuali invecchiare, e alla

[30] Recettore della serotonina.
[31] Il *Controlled Substances Act* è una legge federale degli Stati Uniti che controlla quali droghe i cittadini e le aziende americane possono avere, produrre, importare e usare, e quali farmaci i medici possono prescrivere (https://it.alegsaonline.com/art/22811).
[32] Stati di coscienza o percezioni di sé che esistono al di fuori del corpo fisico (Irwin, 1985).
[33] Profonda esperienza psicologica che si discosta dalle regole della realtà a causa della trasformazione dei confini percettivi (Tassell-Matamua, 2014; Van Lommel, 2013).

fine hanno osservato sia la morte del partner che la propria. Durante la loro morte virtuale, le partecipanti hanno sperimentato una OBE, hanno rivisto la loro vita e hanno osservato il mondo virtuale senza di loro. Le partecipanti sono state sottoposte a sei sessioni di realtà virtuale, e dopo ogni sessione dovevano compilare un diario in cui annotavano pensieri e sentimenti sull'esperienza. Una volta completate tutte le sessioni virtuali, una settima sessione chiedeva ai partecipanti di compilare un questionario sulla paura della morte, un questionario sui cambiamenti della vita e un test di associazione implicito. Rispetto al gruppo di controllo (che non veniva sottoposto all'esperienza di realtà virtuale), il gruppo sperimentale ha mostrato un significativo cambiamento nell'atteggiamento: le partecipanti erano infatti più interessate agli altri e alle questioni globali (rispetto alle questioni materiali). Inoltre, le partecipanti hanno avuto un forte senso di proprietà del corpo, di illusione del luogo (essere sull'isola virtuale), di plausibilità (eventi realmente accaduti) e di stare con gli altri. Infine, hanno riportato una minore paura della morte. Questo studio ha dei limiti, primo fra tutti il numero di partecipanti. Un secondo limite riguarda la natura umanoide dei corpi virtuali controllati dai partecipanti: gli autori ipotizzano che l'uso di corpi virtuali più umani aumenterebbe la connessione tra l'esperienza di realtà virtuale e il mondo reale, portando ad una maggiore riduzione dell'ansia di morte causata da una maggiore credenza in un aldilà.

Questo studio è solo una delle prime ricerche che tenta di studiare la mortalità e la tanatofobia dei pazienti attraverso la realtà virtuale; studi futuri dovrebbero utilizzare la realtà virtuale per testare il suo impatto in una popolazione più ampia e diversificata (Blomstrom et al., 2020).

3.5.5 Limiti e prospettive future

Gli studi dimostrano che le quattro terapie esaminate aiutano ad alleviare l'ansia di morte del paziente malato grave o terminale. Nessuno dei quattro approcci sembra avere un netto vantaggio sugli altri per quel che riguarda l'efficacia, sebbene ognuno di essi abbia diversi limiti (Blomstrom et al., 2020). Per quanto riguarda la psicoterapia, gli studi futuri dovrebbero utilizzare campioni più ampi e rappresentativi con un basso tasso di abbandono e gruppi di controllo non confusi, e dovrebbero includere dati per valutare gli effetti soggettivi e il disagio psicologico del paziente. Per quanto

riguarda la *mindfulness*, gli studi futuri dovrebbero includere campioni più ampi e rappresentativi, un altro intervento come mezzo di confronto e misure convalidate. Per quanto riguarda gli studi che hanno fatto uso delle sostanze psichedeliche, questi avevano soggetti che agivano come proprio controllo e avevano un piccolo campione non rappresentativo; inoltre, ci sono delle limitazioni all'uso di questi farmaci a causa delle normative governative. Gli studi futuri dovrebbero quindi includere campioni di dimensioni maggiori, placebo inattivi, gruppi di controllo indipendenti e *follow-up* a lungo termine. Infine, per quanto riguarda gli studi che hanno fatto uso della tecnologia della realtà virtuale, questi in futuro dovrebbero – come già detto – utilizzare campioni più ampi e diversificati.

Secondo Blomstrom e collaboratori (2020), potrebbe essere problematico combinare i quattro interventi in un disegno *within-subject*, sia perché i partecipanti potrebbero non essere disposti a sperimentare tutti i trattamenti, sia perché un trattamento potrebbe avere effetti sugli altri. Invece, un buon punto di partenza potrebbe essere un disegno *match-subject*, in cui individui con caratteristiche simili (etnia, background socio-economico, ecc.) vengono confrontati per testare l'efficacia di tutti e quattro i trattamenti. Inoltre, sono necessarie ulteriori ricerche per esplorare la potenziale interazione degli interventi descritti e scoprire i meccanismi d'azione nell'alleviare la tanatofobia, in modo che possano essere sviluppati e valutati dei trattamenti ancora più efficaci.

CAPITOLO 4:

I correlati della paura della morte

In questo capitolo verranno presi in esame i correlati dell'ansia di morte, cioè tutte quelle variabili che possono influire sul grado di paura della morte. Verranno dapprima presentati i fattori socio-demografici, come il genere, l'età, l'etnia, l'istruzione e l'occupazione, per poi passare ai fattori personali/legati alla personalità, come la religione, il *locus of control* e l'autostima. Successivamente verranno prese in considerazione le variabili legate al benessere e quelle legate al disadattamento. Infine, si parlerà della paura della morte ai diversi livelli di consapevolezza e di come i personali significati che si hanno della morte possano impattare sulla paura della morte.

4.1 Fattori socio-demografici

4.1.1 Genere

Un primo correlato dell'ansia di morte è il genere. Diversi studi hanno dimostrato che le donne manifestano una maggiore paura della morte rispetto agli uomini (ad esempio, Berman e Hays, 1973; Cotter, 2003; Davis et al., 1983; Immarino, 1976; Kausar e Saima, 2002; Lester, 1967a, 1972; Lowry, 1965; McDonald, 1976; Neimeyer e Fortner, 1995; Neimeyer e van Brunt, 1995; Neimeyer et al., 1986; Rigdon ed Epting, 1985; Templer e Ruff, 1971; Templer et al., 1974; Young e Daniels, 1980). Sebbene Middletown (1936) considerasse le differenze di genere insignificanti per la paura della morte, le sue ricerche rivelano il contrario: rispetto ai maschi, le femmine pensano e temono di più la propria morte, tuttavia evitano i pensieri e i contatti con la morte. Diggory e Rothman (1961) hanno trovato che le femmine temono la cremazione molto più dei maschi, forse perché esse si valorizzano di più in termini di attrattiva fisica. Inoltre, gli autori hanno dimostrato che mentre i maschi erano più preoccupati per la cura delle persone a carico, le femmine temevano di più il dolore della morte (in contrasto con la loro presunta maggiore tolleranza del dolore). Nei suoi studi, Lester (1972) aveva concluso che la maggior paura della morte mostrata dalle donne era dominio-specifica piuttosto che generalizzata: le donne manifestavano infatti una maggiore paura della propria e dell'altrui morte e

del proprio processo di morte, ma non differivano significativamente dagli uomini nella paura del processo di morte altrui, nella paura generale della morte, nell'incoerenza degli atteggiamenti verso la morte e nelle valutazioni semantiche del concetto di morte. Krieger e collaboratori (1974) hanno osservato una maggiore tendenza delle donne a percepire la morte in termini più emotivi, a differenza degli uomini che tendono a percepire la morte in termini più cognitivi. Stillion (1985) ha teorizzato che le differenze nei punteggi tra uomini e donne possono essere dovute alle discrepanze nell'espressività emotiva tra i due sessi; tuttavia, Dattel e Neimeyer (1990) hanno scoperto che le donne ottenevano punteggi più alti sulla *Death Anxiety Scale* (Templer, 1970) anche dopo aver controllato statisticamente le possibili differenze di genere nell'espressività emotiva. Cicirelli (1999) ha trovato che l'essere donna aveva un effetto diretto sulla paura di morire e un effetto indiretto sulla paura dell'ignoto. Questa maggiore paura della morte delle donne è stata trovata non solo nelle popolazioni occidentali, ma anche in quelle orientali (ad esempio, Kausar e Saima, 2002); l'implicazione è che si tratti di una tendenza globale (Singh Madnawat e Singh Kachhawa, 2007).

Altri studi non hanno invece trovato differenze tra uomini e donne sulla paura della morte, concludendo che il genere è un fattore irrilevante per la tanatofobia (ad esempio, Abdel-Khalek e Lester, 2003; Bengston et al., 1977; Christ, 1961; Conte et al., 1982; Dickstein, 1972; Fortner e Neimeyer, 1999; Jeffers et al., 1961; Kalish e Reynolds, 1976; Lester, 1967a; Nehrke et al., 1978; Neimeyer, 1986; Neimeyer e Neimeyer, 1984; Pollak, 1977; Rhudick e Dibner, 1961; Swenson, 1961; Templer, 1970).

4.1.2 Età

Un'altra caratteristica socio-demografica che può influire sulla paura della morte è l'età, in quanto l'invecchiamento implica una maggiore probabilità di morire (Cicirelli, 1999). Tuttavia, l'associazione tra le due variabili non è sempre chiara (Tomer ed Eliason, 1996), cioè non è chiaro se la maggiore minaccia di morte dovuta all'età che avanza sia accompagnata da una maggiore o minore paura della morte (Cicirelli, 1999). In generale, possiamo dividere gli studi che hanno indagato la relazione tra età e ansia di morte in quattro gruppi:

1. Il primo gruppo è costituito dagli studi che riportano una relazione lineare positiva tra età e paura della morte; secondo queste ricerche, l'ansia di morte aumenta con l'avanzare dell'età (ad esempio, Bengtson et al., 1977; Corey, 1961; DePaola et al., 2003; Kalish, 1985; Kalish e Reynolds, 1981; Keller et al., 1984; Kureshi e Husain, 1981; McMordie e Kumar, 1984; Mullins e Lopez, 1982; Schumaker et al., 1991; Singh Madnawat e Singh Kachhawa, 2007; Stillion, 1985; Thorson e Powell, 1988; Viney, 1984; Wagner e Lorian, l984). Probabilmente, ciò è dovuto alla crescente probabilità della morte (man mano che si invecchia rimangono meno anni di vita), al ridotto controllo sui problemi di salute mentale e fisica, e alle condizioni ambientali sfavorevoli, che possono generare paura di morte acuta a causa di malattie (Kramarow et al., 1999).
2. Il secondo gruppo è costituito dagli studi che riportano una relazione lineare negativa tra età e paura della morte; secondo queste ricerche, l'ansia di morte diminuisce con l'avanzare dell'età (ad esempio, Bengtson et al., 1977; DePaola et al., 2003; Kastenbaum, 1992; Keller et al., 1984; Lonetto e Templer, 1986; Neimeyer et al., 1988). Forse, questo è dovuto al fatto che con l'invecchiamento gli anziani raggiungono una maggior consapevolezza e accettazione della morte, e probabilmente sentono di poterla affrontare senza paura (DePaola et al., 2003; Johnson e Barer, 1997; Tobin, 1996).
3. Il terzo gruppo è costituito dagli studi che riportano una relazione curvilinea tra età e paura della morte; secondo queste ricerche, l'ansia di morte raggiunge il suo picco nella mezza età adulta, per poi diminuire nella vecchiaia (ad esempio, Gesser et al., 1988; Fortner e Neimeyer, 1999).
4. Il quarto gruppo è costituito dagli studi che non riportano alcuna relazione tra età e paura della morte (ad esempio, Christ, 1961; Jeffers et al., 1961; Lester, 1972; Swenson, 1961; Rhudick e Dibner, 1961; Templer et al., 1971; Pollak, 1977).

Esiste poi una posizione intermedia a quelle elencate che si basa su una concettualizzazione multidimensionale della paura della morte; secondo tale posizione, alcune dimensioni della paura

della morte aumentano con l'età, altre diminuiscono. Per esempio, usando la *Multidimensional Fear of Death Scale* (Hoelter, 1979), Neimeyer e Moore (1994) hanno scoperto che sei sotto-scale mostravano una correlazione negativa con l'età, una sotto-scala (*Fear of the Unknown*) mostrava una correlazione positiva, mentre l'ultima non mostrava alcuna correlazione. Questi risultati sono stati replicati da Cicirelli (1999): nel suo studio, l'avanzare dell'età era associata a una minore paura della morte, ma ad una maggiore paura dell'ignoto.

Sebbene in letteratura sia possibile trovare questi *trend*, secondo DePaola e collaboratori (2003) bisogna evitare il "mito dell'uniformità" (p. 337): vari studi hanno infatti riportato atteggiamenti ambigui nei confronti della morte, soprattutto negli anziani. Per esempio, Feifel (1956) ha osservato che gli anziani manifestano due principali atteggiamenti: (1) la morte come la fine di tutto e (2) la morte come l'inizio di una nuova esistenza. Jeffers e Verwoerdt (1977) hanno scoperto che gli anziani non avevano molta paura della morte, ma desideravano vivere il più a lungo possibile e non essere malati o dipendenti da qualcuno. Fortner e colleghi (2000) hanno dimostrato che negli anziani l'ansia di morte dipende dallo stato di salute psico-fisica: gli anziani con maggiori problemi di salute (fisica o mentale) e con una minore integrità dell'io sono più timorosi della morte.

Per concludere il discorso su età e paura di morte, è interessante considerare le ricerche che si sono occupate di come il concetto di morte cambia con l'età. Alcuni studi hanno dimostrato che la natura percepita e le cause della morte subiscono dei cambiamenti significativi man mano che i bambini crescono (Peck, 1966), e che l'età influenza pesantemente gli atteggiamenti e i concetti di morte, almeno fino a quando lo sviluppo cognitivo non si è stabilizzato (Lester, 1967a). Per esempio, Nagy (1938) ha scoperto che i bambini piccoli vedono la vecchiaia e la malattia come causa della morte, poi, in età scolare, vengono aggiunti scopi morali. All'inizio della vita, gli unici cambiamenti che i bambini vedono dopo la morte sono fisici; più avanti, appaiono i concetti di anima e di immortalità. Successivamente, Nagy (1948) ha distinto tre fasi di sviluppo del concetto di morte:

1. I bambini da 3 a 5 anni vedono la morte come un evento animistico: la morte è una partenza temporanea e non un processo regolare e finale.

2. I bambini da 5 a 9 anni vedono la morte come un qualcosa di artificiale: la morte è una persona che viene a prendere il morente.
3. I bambini dai 9 anni in su riconoscono la morte come un processo inevitabile: la morte è la dissoluzione della vita corporea ed è qualcosa che accade a tutti.

Safier (1964) ha osservato che con l'aumentare dell'età diminuiva la tendenza del bambino ad attribuire l'animismo e la morte agli oggetti.

4.1.3 Etnia

Altra caratteristica socio-demografica che può contribuire all'ansia di morte è l'etnia; tuttavia, la letteratura esistente sulla relazione tra etnia e paura della morte riporta risultati contrastanti. Alcuni studi (ad esempio, Cole, 1978; Dodd e Mills, 1985; Myers et al., 1980; Sanders et al. 1980; Young e Daniels, 1980) hanno osservato che gli afroamericani hanno una maggiore paura della morte rispetto ai caucasici. Secondo gli autori, questa maggiore paura della morte riportata dagli afroamericani potrebbe essere dovuta al fatto che, facendo parte di una minoranza, essi hanno meno accesso alle risorse e ai servizi della società, ad esempio hanno meno opportunità di lavoro, alloggi più poveri, minore sicurezza, assistenza sanitaria più povera, ecc. (Markides e Black, 1996). Altri autori (ad esempio, Cicirelli, 1999; Davis et al., 1978; Pandy e Templer, 1972; Thorson e Powell, 1992) hanno invece riportato l'opposto. Secondo tali studi, gli afroamericani potrebbero avere meno paura della morte perché sono ben integrati nel loro sottosistema culturale, perché sono più strettamente in relazione alle proprie norme e ai propri valori che alle norme e ai valori della società più ampia, e perché hanno stretti rapporti con la famiglia, gli amici e la chiesa (Johnson, 1995; Taylor e Chatters, 1986).

Cicirelli (1999) ha esaminato le differenze etniche usando la *Multidimensional Fear of Death Scale* (Hoelter, 1979) e ha scoperto che i soggetti caucasici più anziani riportavano punteggi più alti per la sotto-scala 'Paura del Processo di Morte', mentre i soggetti afroamericani più anziani riportavano punteggi più alti per la sotto-scala 'Paura della Morte Cosciente'. Utilizzando lo stesso strumento, DePaola et al. (2003) hanno condotto uno studio da cui è emerso che i partecipanti

caucasici ottenevano punteggi più alti nella sotto-scala 'Paura del Processo di Morte', mentre i partecipanti afroamericani ottenevano punteggi più elevati sulle sotto-scale 'Paura dell'Ignoto', 'Paura della Morte Cosciente' e 'Paura per il proprio Corpo dopo la Morte'.

Kalish e Reynolds (1981) hanno esaminato l'ansia di morte in un campione che includeva afroamericani, nippo-americani, ispanici e caucasici. I loro risultati hanno indicato che i partecipanti afroamericani e caucasici avevano livelli più bassi di ansia da morte rispetto ai partecipanti nippo-americani e ispanici.

Altre ricerche non hanno identificato l'etnia come un predittore significativo dell'ansia di morte (ad esempio, Bengtson et al., 1977; Davis et al., 1978).

4.1.4 Istruzione

Altra variabile che può influire sulla paura della morte è la scolarizzazione. La letteratura mostra che un basso livello di scolarizzazione è associato ad elevata paura della morte. Per esempio, Swenson (1961) ha scoperto che gli anziani meno istruiti tendevano a eludere il problema della morte più di quelli maggiormente istruiti; inoltre, i soggetti laureati si esprimevano in modo più specifico, indipendentemente dal fatto che temessero la morte o meno. Jeffers et al. (1961) hanno scoperto che un QI basso era associato a una maggiore paura della morte. Maurer (1964) osservò che il grado di maturità nell'affrontare la morte sia correlato al rendimento scolastico: i soggetti con scarsi risultati accademici mostravano una pervasiva paura della morte e una comunicazione indiretta, con eufemismi e similitudini; i soggetti con elevati risultati accademici erano sofisticati nel loro atteggiamento e accettavano l'inevitabilità della morte.

Christ (1961) e Rhudick e Dibner (1961) non hanno invece trovato alcun effetto della scolarizzazione sulla paura della morte.

4.1.5 Occupazione

Altra variabile socio-demografica che può influire sull'ansia di morte è l'occupazione. Feifel et al. (1967) hanno condotto uno studio sulla paura della morte confrontando un gruppo di medici

(internisti, chirurgi e psichiatri) con altri gruppi di controllo (studenti di medicina, persone sane e pazienti gravi/terminali). L'ipotesi degli autori è che una delle determinanti più importanti nella scelta della carriera di medico è il tentativo da parte dell'individuo di padroneggiare alti livelli di paura della morte attraverso la cura e/o il controllo delle malattie altrui. Questa ipotesi è stata supportata dai dati: il gruppo di medici aveva più paura della morte rispetto ai gruppi di controllo. È interessante notare che all'interno del gruppo di controllo, gli studenti di medicina erano i più timorosi. Questi risultati suggeriscono che la continua esperienza nella professione medica non facilita la padronanza della paura della morte, ma sembra migliorarla. Tuttavia, questa deduzione non è supportata dagli studi di Lester et al. (1974), che hanno scoperto che la paura della morte e del morire diminuiva con una maggiore preparazione accademica ed esperienza professionale.

Ford e collaboratori (1971) non hanno trovato differenze tra un gruppo di poliziotti e un gruppo di postini per quel che riguarda la paura della propria morte, la paura della morte altrui, la paura del processo di morte altrui, la paura generale della morte e l'incoerenza negli atteggiamenti verso la morte. Inoltre, i poliziotti non differivano su nessuna delle misure di paura della morte da un gruppo di controllo di studenti universitari maschi. Risultati simili sono stati riportati da Alexander e Lester (1972) per un campione di paracadutisti.

Stacey e Markin (1952) osservarono che gli studenti di ingegneria mostravano meno preoccupazione per la morte ed evitavano pensieri riguardanti la morte, mentre gli studenti di giurisprudenza erano molto interessati ai pensieri sulla morte; gli studenti di scienze ambientali si collocavano nel mezzo.

Swenson (1961), Jeffers et al. (1961) e Rhudick e Dibner (1961) non hanno trovato differenze tra anziani pensionati e anziani lavoratori.

4.1.6 Status socio-economico

Lo status socio-economico è una variabile demografica piuttosto trascurata negli studi sull'ansia da morte. Si può ipotizzare che lo status socio-economico sia negativamente correlato alla paura della morte: i soggetti con uno status più elevato hanno un posto più sicuro nella società, con più beni e

servizi a loro disposizione (buon cibo, riparo, assistenza sanitaria, sicurezza, ecc.), il che li farebbe sentire meno vulnerabili alla morte nel loro immediato futuro. Studi esistenti hanno rilevato che uno status socio-economico più elevato è correlato a una minore paura della morte (Aday, 1985; Cicirelli, 1999; Kinlaw e Dixon, 1981; Schulz, 1978). Tuttavia, Farley (1971) ha scoperto che studenti universitari con un'elevata ansia di morte tendevano ad essere di status socioeconomico più elevato rispetto agli studenti universitari con una minore preoccupazione per la morte.

4.1.7 Circostanze di vita

Le circostanze di vita sono un'altra variabile demografica che potrebbe avere un impatto sull'ansia di morte (Singh e Singh, 2007). Uno studio ha dimostrato che vivere da soli era una caratteristica delle persone anziane ad alto rischio di suicidio (Kastenbaum, 1992). Similmente, un altro studio condotto su pazienti con AIDS ha indicato che ottenere sostegno dalla famiglia potrebbe diventare particolarmente importante quando ci si avvicina alla morte (Catania et al., 1992).

Singh e Singh (2007) hanno condotto uno studio su un campione indiano, da cui è emerso che i soggetti che vivevano con i familiari avevano una maggiore paura della morte rispetto ai soggetti che vivevano da soli. Tale risultato non solo è in disaccordo con gli studi condotti su campioni occidentali, ma è addirittura contrario alle ipotesi fatte dagli autori, poiché in India la famiglia è molto importante. Gli autori ipotizzano che la maggiore ansia di morte provata dai soggetti che vivono in famiglia sia dovuta alla maggior preoccupazione per la famiglia che caratterizza la società indiana; una spiegazione alternativa è che l'ansa di morte sia suscitata dal pensiero della separazione (attraverso la morte) dalla propria famiglia.

Altri studi non hanno trovato alcuna relazione tra circostanze di vita e ansia di morte (ad esempio, Goebel e Boeck, 1987).

4.1.8 Stato civile

Swenson (1961) ha scoperto che le persone anziane vedove tendono a eludere la questione della morte, mentre le persone single, separate e sposate tendono a guardare avanti con più ansia la morte. Tuttavia, Rhudick e Dibner (1961) non hanno trovato differenze tra questi gruppi.

4.2 Caratteristiche personali e legate alla personalità

4.2.1 Religione

Tra le caratteristiche personali che contribuiscono a differenziare le persone sulla paura della morte c'è la religione. In letteratura si possono trovare quattro teorie che spiegano come la religione influenzi l'ansia di morte: la teoria del *buffering*, la teoria della gestione del terrore, l'ipotesi della curvilinearità e la teoria dell'apprensione per la morte (Ellis e Wahab, 2013).

La maggior parte delle religioni, soprattutto quelle orientali, postula l'esistenza di una vita dopo la morte (Ellis e Wahab, 2013). Secondo la teoria del *buffering*, credere nella prospettiva di un aldilà allevia la paura di morire, in quanto garantisce che la morte non è la fine dell'esperienza cosciente (Rose e O'Sullivan 2002; Wink e Scott, 2005), bensì un "portale per l'immortalità" (Moberg, 1965, p. 84). L'esperienza gioiosa di una vita dopo la morte è garantita a condizione che i credenti rispettino gli insegnamenti della religione a cui appartengono (Ducasse, 1962; Eliade, 1996); gli individui che violano tali insegnamenti sono invece condannati ad un'eternità infernale, a meno che non ottengano il perdono prima di morire (Ellis e Wahab, 2013). Di conseguenza, la teoria del *buffering* prevede che la religiosità è inversamente correlata alla paura della morte.

Secondo la teoria della gestione del terrore (Greenberg et al., 1986; vedi *sottoparagrafo 2.4.3* per un approfondimento), la contemplazione dell'inevitabilità della propria morte può generare intenso terrore, che viene gestito attraverso la fede in una visione del mondo che nega la natura transitoria della propria esistenza. La credibilità di una tale visione può essere rafforzata convincendo gli altri ad avere fede in questa credenza, dando vita alle cosiddette visioni del mondo culturali (Greenberg et al., 1986), che secondo i sostenitori della TMT hanno gettato le basi per la maggior parte delle religioni istituzionalizzate (Edmondson et al., 2008; Jonas e Fischer, 2006; Norenzayan et al., 2009).

Poiché le visioni del mondo religiose sono parte integrante del modo in cui le persone affrontano la paura della morte, i credenti di una particolare visione del mondo reagiranno negativamente a coloro che minacciano o tentano di sostituire tale visione, soprattutto quando si chiede di contemplare la propria morte (Goldenberg et al., 2000). La TMT fa poi due ulteriori previsioni sulla relazione tra la paura della morte e la religione. In primo luogo, poiché le visioni del mondo religiose offrono la certezza di una qualche forma di vita eterna, ci si aspetta che persone religiose temano la morte meno di quelle non religiose (Norenzayan e Hansen, 2006; Vail et al., 2010). In secondo luogo, la paura della morte dovrebbe essere bassa nelle culture monoreligiose rispetto a quello multireligiose, poiché nelle prime le persone affrontano meno sfide e minacce alle loro visioni del mondo culturali (Ellis e Wahab, 2013). In definitiva, la teoria della gestione del terrore postula una relazione inversa tra religione e paura della morte, similmente alla teoria del *buffering*.

Nelson e Cantrell (1980) hanno postulato una relazione curvilinea tra religiosità e ansia di morte. Posto che tutti temiamo la morte perché è un'esperienza associata a dolore e perdita, la paura della morte dovrebbe molto bassa negli individui estremamente religiosi e in quelli non religiosi (atei, agnostici, non credenti), e molto alta negli individui moderatamente religiosi. Le persone estremamente religiose credono fermamente nella vita dopo la morte e sono pertanto motivati a conformarsi ai comandamenti della loro religione; essendo quindi sicuri di un'eternità beata, tali soggetti non temono la morte. Le persone non religiose generalmente respingono le prospettive di un aldilà e vedono la morte come la fine dell'esperienza cosciente; pertanto, tali soggetti hanno poche ragioni per temere la morte. Le persone moderatamente religiose, ossia quelle incerte sulla reale esistenza di una vita dopo la morte, non si sono preparate all'aldilà seguendo ogni insegnamento religioso e, quindi, considerano il loro destino come incerto; per tale motivo questi soggetti hanno una maggiore paura della morte. Un ragionamento simile è stato offerto da Neimeyer e collaboratori, secondo cui "le persone con salde credenze ideologiche su entrambe le estremità dello spettro [della religiosità] sono meno preoccupate per la morte rispetto a quelle con filosofie personali più ambivalenti" (Neimeyer et al., 2004, pag. 326).

Nel 2012, Ellis e collaboratori hanno proposto la teoria dell'apprensione per la morte (*Death Apprehension Theory* – DA), secondo cui tutti gli individui hanno almeno una moderata paura della morte, in quanto questa è un'esperienza caratterizzata da dolore e dalla fine dei piaceri della vita; man mano che il dolore aumenta e piaceri della vita diminuiscono, diminuisce anche la paura della morte. Secondo gli autori, questi aspetti della morte sono indipendenti dalla religiosità dell'individuo. Supponendo che tali aspetti siano tenuti costanti, la teoria dell'apprensione per la morte prevede che la paura della morte di un individuo possa essere stimata misurando quattro variabili: (a) credenza in un Dio esigente e vendicativo, (b) certezza dell'esistenza di un aldilà, (c) rispetto degli insegnamenti religiosi e (d) credenza nel perdono divino. Più un credente è certo dell'esistenza di un aldilà ed è convinto che Dio sia esigente ed incline a punire i peccati (cioè, il perdono è difficile da ottenere), più forte dovrebbe essere la correlazione positiva tra religiosità e paura della morte. La paura dovrebbe essere minore per coloro che rispettano praticamente tutti i comandamenti religiosi o che credono di essere stati perdonati per i loro peccati. Quindi, rispetto alle precedenti tre teorie, la teoria dell'apprensione per la morte postula una relazione positiva tra religione e paura della morte.

Nel 2013, Ellis e Wahab hanno condotto una *review* di 84 studi empirici che indagano la relazione tra religiosità e paura della morte. I risultati mostrano che il 37% degli studi postulano una correlazione negativa tra religione e paura della morte (una maggior religiosità è associata ad una minore paura della morte e viceversa), supportando la teoria del *buffering* e la TMT (ad esempio, Aday, 1985; Alvarado et al., 1995; Cicirelli, 2001; Cohen e Hall, 2009; Feifel and Branscomb, 1973; Florian e Mikulincer, 1993; Harding et al., 2005; Hooper e Spilka, 1970; Jeffers et al., 1961; Lin, 2003; Martin e Wrightsman, 1965; Richardson et al., 1983; Rigdon ed Epting, 1985; Rose e O'Sullivan, 2002; Stewart, 1975; Suhail e Akram, 2002; Templer, 1972; Thorson e Powell, 1990). L'8% degli studi indicano invece una relazione curvilinea, supportando l'ipotesi della curvilinearità (ad esempio, Cohen et al., 2005; Downey, 1984; Ellis et al., 2013; Florian e Kravetz, 1983; Leming, 1980; McMordie, 1981; Nelson e Cantrell, 1980; Smith et al., 1984; Wink e Scott, 2005). Infine, il 25% degli studi suggeriscono una la relazione positiva tra paura della morte e religione, supportando

la teoria dell'apprensione per la morte (ad esempio, Alexander e Adlerstein, 1960; Berman e Hays, 1973; Cicirelli, 2004; Dezutter et al., 2008; Ellis et al., 2013; Feifel, 1959; Florian e Har-Even, 1983; Hamama-Raz et al., 2000; Kahoe e Dunn, 1975; Lazar, 2006; Morris e McArdie, 2009; Power e Smith, 2008; Spilka et al., 1977; Swenson, 1961; Templer e Ruff, 1975). Il 30% degli studi non ha invece trovato alcuna relazione significativa (ad esempio, Alexander e Adlerstein, 1959; Azaiza et al., 2010; Christ, 1961; Chuin e Choo, 2009; Ellis et al., 2013; Ens e Bond, 2007; Feifel, 1974; Hoelter ed Epley, 1979; Kalish, 1963; Kurlychek, 1976; O'Rourke, 1977; Rasmussen e Johnson, 1994; Roshdieh et al., 1999; Templer e Dotson, 1970; Williams and Cole, 1968). Quindi, da una prospettiva strettamente numerica, si potrebbe concludere che la teoria del *buffering* e la TMT abbiano un supporto maggiore rispetto all'ipotesi della curvilinearità o alla teoria dell'apprensione della morte. Tuttavia, rispetto agli studi che postulano una relazione curvilinea o positiva tra paura della morte e religiosità, gli studi che postulano una relazione inversa hanno usato campioni di dimensioni ridotte, e tali campioni erano essenzialmente composti da persone religiose; il mancato campionamento di persone non religiose potrebbe aver portato a concludere erroneamente che la religiosità e la paura della morte siano inversamente correlate, piuttosto che essere curvilinearmente correlate. Inoltre, dato che un terzo degli studi nella *review* di Ellis e Wahab (2013) supporta l'ipotesi della curvilinearità e la teoria dell'apprensione per la morte, è bene non respingere tali teorie.

Genere, religiosità e tanatofobia. Un'altra questione interessante è il ruolo giocato dalle differenze di genere nella relazione tra religiosità (intrinseca ed estrinseca) e paura della morte (Allport e Ross, 1967). Secondo Pierce et al. (2007) ci sono due ipotesi alternative che possono spiegare tali relazioni:

1. La prima ipotesi sostiene che il genere può promuovere differenze nella religiosità estrinseca, che a sua volta può promuovere una maggiore ansia di morte. Per esempio, rispetto agli uomini le donne hanno motivazioni religiosi più interpersonali, il che potrebbe riflettersi in maggiori punteggi di religiosità estrinseca. Poiché la religiosità estrinseca è meno apprezzata della religiosità intrinseca (ad esempio, Fuller, 1994; Hunt & King, 1971), questo potrebbe

causare preoccupazione tra le donne circa l'adeguatezza delle proprie motivazioni religiose, promuovendo così una maggiore ansia di morte.

2. La seconda ipotesi sostiene che il genere può promuovere differenze nell'ansia di morte, che può promuovere una maggiore religiosità estrinseca. Come abbiamo visto, le donne tendono a manifestare una maggiore ansia di morte rispetto agli uomini, che potrebbe promuovere una maggiore religiosità estrinseca: la maggiore paura della morte provata dalle donne potrebbe spingerle a cercare conforto nella religione, e questa ricerca di conforto nella religione è una motivazione estrinseca (Allport e Ross, 1967).

4.2.2 Locus of control

Il *locus of control* è una caratteristica personale che può influenzare l'ansia di morte. Come si è visto nel Capitolo 2 (*sottoparagrafo 2.4.5*), la teoria delle illusioni positive sostiene che la paura della morte è negativamente correlata al *locus of control* interno e positivamente correlata al *locus of control* esterno: coloro che attribuiscono il controllo di fatti ed eventi a forze esterne tendono ad avere una maggiore paura della morte, perché questa viene vista come un evento su cui si ha poco o nessun controllo. Gli studi sembrano confermare questa posizione. Per esempio, Tolor e Reznikoff (1967) hanno scoperto che i soggetti con *locus of control* esterno avevano un'ansia di morte significativamente maggiore rispetto ai soggetti con *locus of control* interno. Come detto prima, la persona molto preoccupata per la morte si sta concentrando su un evento inevitabile, se non completamente fuori dal proprio controllo; tale preoccupazione riguarda la convinzione più generale che ciò che accade a una persona è in gran parte dovuto a forze esterne al di fuori del proprio controllo (*locus of control* esterno). Una significativa ma debole correlazione positiva tra ansia di morte e *locus of control* esterno è stata trovata anche da Patton e Freitag (1977).

Tuttavia, Berman e Hays (1973) e Dickstein (1972) non hanno trovato alcuna relazione tra paura della morte e *locus of control*.

4.2.3 Repressione/Sensibilizzazione

Altra caratteristica personale che può impattare sull'ansia di morte è la tendenza alla repressione o alla sensibilizzazione. La repressione è la tendenza a reprimere e/o negare la minaccia, mentre la sensibilizzazione è la tendenza ad affrontare, ruminare e intellettualizzare la minaccia. Gli studi condotti sulla relazione tra ansia di morte e repressione/sensibilizzazione hanno trovato relazioni statisticamente significative. Per esempio, Dickstein (1972), Hamama-Raz et al. (2000), Handal e Rychlak, (1971), Templer (1971a) e Tolor e Reznikoff, (1967) hanno scoperto che la tendenza alla repressione (evitamento del riconoscimento di stimoli minacciosi) è associata ad una minor paura e ansia di morte, mentre la tendenza alla sensibilizzazione (riconoscimento di stimoli minacciosi e ruminazione su di essi) è associata ad una maggior paura e preoccupazione per la morte; questo vale sia per gli uomini che per le donne (Handal e Rychlak, 1971). Tuttavia, Pollak (1980) specifica che il significato di questa associazione è da chiarire: le relazioni trovate tra ansia di morte e tendenza alla repressione/sensibilizzazione suggeriscono che i soggetti altamente ansiosi per la morte possono essere meno adatti rispetto ai soggetti meno ansiosi. Ciò è coerente, secondo l'autore, con la scoperta che i sensibilizzanti riportano più disturbi fisici e rispetto ai repressori sembrano essere più preoccupati del loro benessere fisico, di cui la morte rappresenta l'ultima minaccia.

Invece, King e Hayslip (2002) hanno trovato che rispetto ai sensibilizzatori, i repressori mostravano una paura della morte più inconscia sulle misure di separazione e di isolamento dagli; inoltre, essi esprimevano una maggiore paura della propria morte e del proprio processo di morte.

Tuttavia, altri studi non hanno trovato alcuna relazione significativa tra le due variabili (ad esempio, Fleming, 1977; Paris e Goodstein, 1966).

4.2.4 Orientamento al futuro

Gjesme (1983) ha definito l'orientamento al tempo futuro come il grado di impegno o di coinvolgimento con il futuro. Secondo l'autore, più forte è l'orientamento al futuro più obiettivi realistici si scoprono, e più si è in grado di pianificare azioni future. La limitata ricerca empirica disponibile sulla relazione tra orientamento al tempo futuro e ansia di morte suggerisce che l'ansia di

morte è legata a un orientamento verso il passato e a un evitamento del futuro, il che può riflettere un tentativo di aggrapparsi all'esperienza e di resistere all'inevitabile scorrere del tempo, che avvicina alla propria morte (Pollak, 1980).

Dickstein e Blatt (1966) hanno trovato che una maggiore preoccupazione per la morte era correlata a una prospettiva temporale accorciata, cioè più orientata al presente che al futuro. Secondo Wohlford (1966), la prospettiva temporale accorciata sarebbe una prerogativa dei repressori, cioè di quei soggetti che tendono a negare o reprimere una minaccia. Al contrario, Bascue e Lawrence (1977) hanno trovato una significativa correlazione positiva tra l'ansia di morte e l'orientamento al tempo futuro. Pollak (1980) sostiene che una prospettiva temporale troncata agisce come meccanismo di difesa contro l'ansia di morte, poiché il futuro include inevitabilmente la propria morte.

Secondo Martz e Livneh (2003), se un orientamento al futuro accorciato protegge la persona contro l'ansia di morte, allora ci si dovrebbe aspettare una relazione inversa tra ansia di morte e orientamento al tempo futuro (i.e., una maggiore ansia di mote è associata a una prospettiva futura accorciata); questa relazione inversa può essere ancora più pronunciata in individui che, a causa di esperienze di vita traumatiche, hanno affrontato la morte direttamente (ad esempio, a seguito di gravi lesioni) o simbolicamente (ad esempio, a causa di una disabilità o di isolamento sociale). Effettivamente, Martz e Linveh hanno trovato che la paura della morte era negativamente associata all'orientamento al futuro nei pazienti con lesioni al midollo spinale.

Dickstein (1972) ha scoperto che i soggetti meno ansiosi per la morte ottenevano punteggi significativamente più alti sulla scala di necessità di cambiamento della *Edwards Personal Preference Schedule* rispetto ai soggetti più ansiosi per la morte.

Mishara et al. (1972) ha condotto uno studio sulle differenze individuali negli *after-effect*[34] cinestetici. Gli '*augmenters'*, ossia coloro che tendevano a non tollerare/evitare di cercare livelli più

[34] In psicologia, il termine indica un fenomeno di modificazione percettiva che si manifesta dopo una sensazione precedente. Per esempio, se si osserva a lungo una linea curva, dopo qualche tempo essa apparirà diritta; se, subito dopo, si fissa una linea diritta essa apparirà curva in senso opposto alla prima (https://www.sapere.it/enciclopedia/after-effect.html).

elevati di intensità dello stimolo, specialmente di tipo sgradevole, tendevano ad evitare di pensare alla morte e alla pianificazione futura più dei '*reducers'*, che invece tendevano a cercare alti livelli di stimolazione in virtù della loro capacità di indebolire l'intensità dello stimolo. I '*reducers'* tendono quindi a cercare un ulteriore arricchimento della loro esperienza di vita pensando al futuro e ad essere meno minacciati da stimoli spiacevoli, come pensieri sulla morte e sul morire.

Bascue (1973) ha trovato relazioni positive significative tra l'ansia per la morte e la sottomissione temporale[35], l'ansia temporale[36] e la possessività temporale[37] negli anziani. L'autore ha concluso che gli atteggiamenti temporali (ansia, sottomissione e possessività temporale) aumentano significativamente l'ansia di morte, e che il tempo soggettivo e il significato della morte sono correlati negli anziani. Più specificamente, gli anziani si allontanano dal futuro come un modo per evitare e/o sopprimere l'ansia per la morte personale.

Nel complesso, la tendenza generale degli studi sulla relazione tra ansia di morte e orientamento temporale suggerisce che i soggetti altamente ansiosi per la morte tendono ad evitare i pensieri sul futuro, la novità, la sperimentazione e il cambiamento nelle loro vite, e ad aggrapparsi al familiare come difesa contro la percezione del cambiamento e del passare del tempo, che amplifica l'onnipresenza e l'inevitabilità della morte (Pollak, 1980).

4.2.5 Autostima

Come sostenuto dalla teoria della gestione del terrore (Greenberg et al., 1986), l'autostima è uno degli elementi che consente di tamponare l'ansia di morte. Questa ipotesi è stata confermata da numerosi studi, che dimostrano che un'elevata autostima, sia disposizionale che indotta sperimentalmente, è associata ad una minore ansia, a minori visioni difensive e ad un minor accesso a pensieri riguardanti la morte (ad esempio, Greenberg et al. 1992; Harmon-Jones et al., 1997); inoltre, l'accessibilità al pensiero della morte aumenta quando le persone pensano al loro 'sé indesiderato' (Ogilvie et al.,

[35] Misura di atteggiamenti rispettosi e conformi al tempo
[36] Misura di sentimenti spiacevoli riguardanti i pensieri per il futuro e i desideri frustrati del passato
[37] Misura di atteggiamenti avidi e possessivi nei confronti del tempo

2008) o quando la loro autostima è direttamente minacciata (Hayes et al., 2008). A ulteriore sostegno della funzione protettiva dell'autostima, altre ricerche hanno dimostrato che i pensieri sulla morte amplificano lo sforzo che l'autostima deve fare nei domini in cui è richiesta (ad esempio, Goldenberg et al., 2000; Taubman Ben-Ari et al., 1999; Vess e Arndt, 2008).

Sebbene l'autostima sia una risorsa molto importante per affrontare la natura fragile e finita della vita, l'idea che essa sia un cuscinetto per l'ansia esistenziale rimane discutibile. Per esempio, alcuni studi hanno mostrato che rispetto ai soggetti con bassa autostima, i soggetti ad alta autostima rispondono ai promemoria di mortalità in maniera più difensiva e potenzialmente distruttiva, mostrando un aumento dell'assunzione di rischi e un aumento dell'*ingroup bias*[38] e della deroga dell'*outgroup*[39] (Baldwin e Wesley, 1996; Landau e Greenberg, 2006; McGregor et al., 2007). Questi risultati sono coerenti con la scoperta che le persone con alta autostima rispondono alle minacce del sé in modi particolarmente difensivi e aggressivi (ad esempio, Bushman e Baumeister, 1998; Crocker et al., 1987). Tale parallelismo non sorprende se concepiamo la morte come l'ultima minaccia al sé.

4.2.6 Umiltà

Un altro tratto di personalità che può influenzare il grado di paura nei confronti della morte è l'umiltà, cioè la capacità di vedere se stessi in una prospettiva realistica e accurata (Kesebir, 2014). Nello specifico, l'umiltà dovrebbe tamponare l'ansia di morte, in quanto implica la volontà di accettare i limiti del sé e il suo posto nel grande schema delle cose, rendendo il sé meno vulnerabile alle minacce, di cui la morte costituisce un esempio importante e perennemente presente (Kesebir, 2014). Per testare questa ipotesi, Kesebir (2014) ha condotto cinque studi. I primi tre studi hanno dimostrato che un'elevata umiltà auto-riferita e un basso senso di *entitlement*[40] erano associati ad una minore ansia di morte (studio 2) e ad una minore difesa indotta dall'ansia per la morte, sottoforma di disimpegno morale egoistico (studio 1) o di difesa delle proprie visioni del mondo (studio 3). Nello studio 2 è

[38] Fenomeno per cui si preferiscono i membri del proprio gruppo (*ingroup*)
[39] Fenomeno per cui l'*outgroup* viene percepito come minaccioso dai membri dell'*ingroup*.
[40] Letteralmente, 'senso di diritto'; sensazione che tutto sia dovuto.

stato anche stabilito che l'umiltà allontana l'ansia di morte indipendentemente dall'autostima, dall'attaccamento sicuro, dalla *mindfulness* e dalla virtuosità in generale, che sono costrutti potenzialmente correlati all'umiltà. Lo studio 4 ha fornito prove dirette del ruolo calmante dell'umiltà, documentando che una mentalità improntata all'umiltà diminuisce l'ansia di morte auto-riferita. Infine, lo studio 5 ha dimostrato che l'attivazione di visioni del sé umile può impedire ai pensieri legati alla mortalità di esaurire l'autocontrollo.

Umiltà e autostima. Nel suo lavoro, Kesebir (2014) fa delle osservazioni sulla relazione tra umiltà e autostima. Secondo l'auotore, umiltà e autostima si sovrappongono nella misura in cui l'autostima riflette sentimenti di auto-valore autentici e saldamente radicati (autostima implicita). La ricerca rileva che l'autostima implicita protegge dalle minacce all'ego (ad esempio, Greenwald e Famham, 2000; McGregor e Jordan, 2007), tra cui la minaccia di morte (Schmeichel et al., 2009). Kesebir sostiene che sebbene l'umiltà comprenda molto più di un'alta autostima implicita (cioè, l'autostima è una componente necessaria ma non sufficiente dell'umiltà), la dimostrata funzione protettiva dell'umiltà sottolinea nuovamente il valore dell'autostima di fronte alle minacce dell'io.

4.2.7 Altri tratti di personalità

Ulteriori caratteristiche di personalità correlate all'ansia di morte sono il nevroticismo (ad esempio, Frazier e Foss-Goodman, 1989; Howells e Field, 1982; Loo, 1984; Templer, 1970, 1972), l'estroversione (ad esempio, Frazier e Foss-Goodman, 1989; Loo, 1984) e il comportamento di tipo A[41] (ad esempio, Frazier e Foss-Goodman, 1989; Neufeldt e Holmes, 1979). La ricerca dimostra che le persone che tendono ad iper-reagire emotivamente (nevroticismo), che sono impulsive, estroverse e socievoli (estroversione) e che manifestano un comportamento di tipo A sono più inclini ad avere una maggiore paura della morte.

[41] Modello comportamentale caratterizzato da ostilità, competitività e urgenza temporale.

4.3 Variabili legate al benessere

Diversi studi hanno tentato di mettere in relazione l'ansia di morte con vari costrutti che hanno a che fare con il personale senso di benessere, come la percezione di autoefficacia, il senso di significato e di scopo e l'autorealizzazione (Pollak, 1980).

4.3.1 Senso di competenza e di autoefficacia

Una prima variabile legata al benessere che può influire sulla paura della morte è la percezione di autoefficacia, cioè la percezione che abbiamo di noi stessi come persone in grado di fare, sentire, esprimere, essere o diventare qualcosa[42]. Ci sono due modelli teorici sulla relazione tra paura della morte e percezione di autoefficacia: il modello socio-cognitivo di Bandura e il modello di Tomer ed Eliason. Dal punto di vista del modello socio-cognitivo proposto da Bandura (1986, 1993), c'è una chiara conferma che le credenze di tamponano l'ansia e lo stress associati agli elementi sconosciuti di eventi futuri. È probabile che gli individui con forti convinzioni di efficacia personale resistano e perseverino più a lungo di fronte alle difficoltà, mentre quelli con convinzioni di autoefficacia più deboli rischiano di soccombere più facilmente alle paure e all'ansia. Invece, il modello di Tomer ed Eliason (1996) postula che le convinzioni e le percezioni degli individui sull'autoregolazione e l'auto-competenza in relazione agli altri sono importanti mediatori e moderatori dell'ansia da morte: gli individui con forti convinzioni positive sul sé esercitano un maggiore controllo sui loro pensieri, il che si traduce in livelli più bassi di ansia di morte (Cicirelli, 1999), mentre gli individui con deboli convinzioni di auto-competenza e auto-regolazione esercitano meno controllo sui loro pensieri ed ansie, il che conduce ad una forma di auto-annientamento (Tomer e Eliason, 1996) che promuove l'ansia di morte. Pertanto, sia nel primo che nel secondo modello è ragionevole ipotizzare che le convinzioni di autoefficacia degli individui siano solidi predittori dell'ansia di morte. Effettivamente, Fry (2003) ha trovato che la percezione di autoefficacia, sia generale che dominio-specifica, era un predittore della paura dell'ignoto e della paura di morire. Similmente, Farley (1971) e Nogas et al.

[42] https://www.stateofmind.it/tag/autoefficacia/

(1974) hanno trovato una significativa relazione negativa tra ansia di morte e senso di competenza in campioni di studenti universitari: l'ansia di morte è maggiore quando l'individuo crede di non essere capace di affrontare in modo adattivo le sfide della vita, soprattutto la morte, che può essere vista come l'ultimo compito a cui ci si deve adattare (Pollak, 1980).

4.3.2 Senso di significato e scopo

La paura della morte può variare anche in base al senso di significato e di scopo: per esempio, gli studi di Blazer (1973) e Durlak (1972b, 1972c) hanno indicato una significativa relazione negativa tra le due variabili: più l'individuo sperimenta senso di significato e scopo nella vita, meno la morte apparirà come spaventosa. Questi risultati sono coerenti con l'ipotesi esistenzialista di Frankl (1955) sulla relazione tra la morte e gli atteggiamenti individuali verso la vita: le persone con un alto senso di scopo e di significato nella loro vita tendono a temere di meno la morte e ad avere un atteggiamento più positivo e accettante nei suoi confronti.

4.3.3 Autorealizzazione

L'autorealizzazione, ossia la propensione dell'essere umano a realizzare le proprie potenzialità, è un'altra variabile che può influire sull'ansia di morte, come dimostrato – per esempio – dallo studio di Wesch (1971), che ha trovato una relazione negativa tra le due variabili. Ray e Najman (1975) e Nogas et al. (1974) hanno ipotizzato che una delle paure primarie collegata alla morte e al morire è la perdita dell'opportunità di perseguire i propri obiettivi: più elevato è il bisogno di autorealizzazione, più il perseguimento e il raggiungimento dei propri obiettivi e progetti saranno considerati importanti; per questo motivo la morte dovrebbe essere temuta di più da chi ha un alto bisogno di autorealizzazione, perché rappresenta la cessazione completa e irreversibile dei propri sforzi orientati al successo. Per quanto convincente sembri la logica di questa ipotesi, entrambi gli studi non riportano alcuna relazione significativa tra ansia di morte e necessità di autorealizzazione. Similmente, Pollak (1978) suggerisce che ansia di morte e autorealizzazione non sono

necessariamente correlate: nel suo studio ha infatti trovato che l'ansia di morte era legata solo a una delle dodici variabili di autorealizzazione, ossia la competenza temporale.

Autorealizzazione e creatività. Schwartz et al. (1976) hanno sostenuto che la paura della morte è la paura di morire prematuramente prima di aver compiuto qualcosa di unico e, di conseguenza, di aver avuto un impatto costruttivo sul mondo. Sulla base di questa visione è stato ipotizzato che le persone creative si saranno autorealizzate di più e quindi saranno maggiormente in grado di venire a patti con la morte. I risultati di Wesch sopracitati suggeriscono che questo potrebbe essere vero, così come le scoperte di Lester e Collett (1970) che le persone che sperimentano una grande discrepanza tra il Sé reale e l'Ideale dell'Io temono la morte di più di quelle che sperimentano una minor discrepanza. Tuttavia, Schwartz et al. (1976) hanno trovato associazioni estremamente basse tra diverse misure di creatività e diverse misure di atteggiamenti nei confronti della morte. Forse, relazioni più forti si potrebbero trovare usando campioni di persone anziane, che hanno avuto più tempo e maggiori opportunità di realizzare il loro potenziale (Pollak, 1980).

4.4 Variabili legate al disadattamento

Nella sua *review* di studi sui correlati dell'ansia di morte, Pollak (1980) fa riferimento alle variabili legate al disadattamento, quali la psicopatologia, gli incubi e il suicidio.

4.4.1 Psicopatologia

Gli studi che trattano la relaziona tra psicopatologia e ansia per la morte riportano risultati contrastanti. Per esempio, Schilder (1936) scoprì che assassini con tendenze psicotiche erano molto più preoccupati dei pensieri sulla morte rispetto a quelli senza tendenze psicotiche.

Rhudick e Dibner (1961), Brodman et al. (1956) e Jeffers et al. (1961) hanno scoperto che la preoccupazione per la morte implica preoccupazioni nevrotiche: Rhudick e Dibner trovarono che l'elevata preoccupazione per la morte era associata a livelli elevati di ipocondria, isteria, dipendenza e impulsività; Brodman et al. osservarono che la paura della morte era associata a punteggi elevati nelle sezioni fisiche e psichiatriche del *Cornell Medical Index*, risultato replicato da Templer (1971a);

Jeffers et al. scoprirono che la paura della morte era associata a sentimenti di rifiuto e depressione e a un numero minore di risposte sul Test di Rorschach. Similmente, Templer (1972) ha scoperto che la scala del nevroticismo dell'*Eysenck Personality Inventory* era positivamente correlata ai punteggi della DAS. Questo risultato è abbastanza coerente con le scoperte di Moses (1973), che ha trovato significative correlazioni positive tra la paura della morte e il disadattamento misurato dalla scala del nevroticismo del *Maudsley Personality Inventory*.

Diversi studi hanno poi messo in relazione l'ansia di morte con l'ansia generale (Dickstein, 1972; Farley, 1971; Handal, 1969; Handal e Rychlak, 1971; Lucas, 1974; Nogas et al., 1974; Templer, 1970, 1971b, 1972). In tutti questi studi, l'ansia di morte è significativamente e positivamente correlata all'ansia generale, ma essendo le correlazioni moderate, non si può dire che i costrutti siano sinonimi: ansia generale e ansia di morte sono costrutti separati ma correlati.

Invece, Feifel (1955) trovò che il grado di disturbo mentale aveva scarso effetto sull'atteggiamento generale dei pazienti verso la morte; similmente, Greenberg (1964) non ha trovato alcuna relazione significativa tra ansia di morte e forza dell'io.

4.4.2 Incubi

Sebbene un'elevata frequenza di incubi sia indicativa di un disturbo emotivo, gli studi sono discordanti sulla questione della correlazione tra ansia di morte e frequenza degli incubi (Pollak, 1980). Per esempio, Feldman e Hersen (1967) e Hersen (1971) hanno trovato relazioni positive significative tra la frequenza degli incubi, la paura cosciente e la preoccupazione per la morte e il richiamo di contenuti spiacevoli e/o di sogni riguardanti la morte. In un altro studio, Lester (1968) non ha trovato relazioni significative tra elevata paura della morte e maggiore frequenza di incubi.

4.4.3 Suicidio

Infine, potrebbe essere interessante chiedersi se ci sia una relazione tra la paura della morte e il suicidio. In due studi, Lester ha analizzato le relazioni tra preoccupazioni e atteggiamenti verso morte e il suicidio. Nel primo, Lester (1967d) ha scoperto che gli adolescenti suicidi avevano meno paura

della morte rispetto agli adolescenti non-suicidi, mentre nel secondo (1971) non emerge alcuna relazione tra atteggiamenti verso il suicidio e atteggiamenti verso la morte in gruppi di studenti universitari maschi e femmine.

4.5 Livelli di consapevolezza

Negli ultimi anni i ricercatori si sono interessati alla relazione esistente tra gli atteggiamenti nei confronti della morte e i livelli di consapevolezza (Pollak, 1980). L'evidenza empirica rivela che, a livello verbale cosciente, le persone della cultura occidentale non sembrano essere interessate, infastidite o timorose della morte, indipendentemente dalla loro età e dalla vicinanza reale o percepita alla morte (Bakshis et al., 1974; Dumont e Foss, 1972; Feifel e Branscomb, 1973; Feifel e Jones, 1968; Feifel ed Hermann, 1973; Kimsey et al., 1972; Lucas, 1974; Middleton, 1936; Templer, 1971); pertanto, l'atteggiamento dominante nei confronti della morte è la negazione (Becker, 1974; Donaldson, 1973; Kubler-Ross, 1969). Questa visione è supportata dagli studi di Feifel e collaboratori (Feifel e Branscomb, 1973; Feifel e Jones, 1968): a livello consapevole verbale i soggetti negavano di temere la morte, principalmente a causa della sua inevitabilità; a livello fantasmatico gli atteggiamenti sono più ambivalenti, in quanto la maggior parte delle persone riferiva di avere pochi o rari pensieri sulla morte e riportava un atteggiamento più positivo nei confronti della stessa; a livello inconscio prevaleva un'intensa avversione e un forte terrore nei confronti della morte, dimostrato da tempi di reazione più lunghi e un maggior numero di errori.

Quindi, poiché la paura della morte sembra essere dominante al di sotto del livello della consapevolezza, diversi ricercatori hanno tentato di studiare l'ansia di morte usando misure come la risposta galvanica della pelle (GSR – ad esempio, Alexander e Adlerstein, 1960; Alexander et al., 1958; Christ, 1961; Meissner, 1958; Templer, 1971) e la soglia per la presentazione tachistoscopica di parole legate alla morte vs. neutre (Golding et al., 1966; Lester D. e Lester G., 1970; Leviton 1968). Per esempio, Alexander et al. (1957) trovarono che i partecipanti davano risposte più emotive alle parole relative alla morte (cioè, mostravano un tempo di reazione più lungo e una GSR maggiore) rispetto alle parole neutre. Alexander e Adlerstein (1958) hanno eseguito lo stesso esperimento su

bambini di età compresa tra 5 e 16 anni. Tutti hanno mostrato una maggiore reazione emotiva alle parole legate alla morte sulla misura della latenza e sulla GSR, ad eccezione del gruppo da 9 a 12 anni. Meissner (1958) ha condotto uno studio su seminaristi cattolici romani, dimostrando che questi davano risposte più emotive a parole legate alla morte. Christ (1961) scoprì che le parole legate alla morte provocavano una latenza più lunga in un campione di pazienti psichiatrici anziani. Templer (1971) ha invece trovato una modesta relazione tra la risposta galvanica della pelle per le parole legate alla morte e la DAS (Templer, 1970), misura che riflette l'ansia di morte cosciente. Questa correlazione non è sufficientemente forte per permettere di concludere che l'ansia di morte rilevata dalla risposta galvanica della pelle rappresenti una misura valida dell'ansia di morte repressa, anche perché non è stata trovata una correlazione tra la GSR alle parole legate alla morte e i punteggi sulla scala di repressione-sensibilizzazione. Tuttavia, Templer concluse che i meccanismi di difesa della repressione e della negazione sono utilizzati per far fronte all'ansia di morte e possono spiegare almeno in parte la scarsa paura della morte a livello consapevole. Gli studi che hanno fatto uso della presentazione tahistoscopica delle parole (neutre vs. legate alla morte) hanno riportato risultati contrastanti. Golding, et al. (1966) hanno scoperto che i soggetti con elevata paura della morte facevano più fatica a riconoscere le parole correlate alla morte presentate tachistoscopicamente; Leviton (1968) e Lester D. e Lester G. (1970) riportano invece conclusioni opposte, ossia che le parole legate alla morte presentate tachistoscopicamente erano più facili da riconoscere.

Sembrerebbe quindi che sebbene un gran numero di persone affermi di essere indifferente alla morte, i loro sistemi automatici non lo sono (Lester, 1967a).

Che la morte giochi un ruolo importante nelle nostre vite a livello inconscio (Caprio, 1946) è dimostrato anche dai rituali associati alla morte, dall'impegno dell'uomo per l'immortalità attraverso la procreazione e la fama e dalla preoccupazione delle religioni per tale problema. Beigler (1957) ha affermato che il paziente è inconsciamente consapevole della propria morte imminente, e ciò genera ansia, che può essere repressa.

4.6 Significati personali della morte

Secondo Cicirelli (1998), l'essere umano ha la tendenza a creare significati – ossia interpretazioni cognitive – di oggetti ed eventi presenti nell'ambiente, compresa la morte oggettiva. I significati della morte, come qualsiasi altro significato personale, possono essere idiosincratici e unici per l'individuo oppure possono essere condivisi dai membri di una società sulla base di simili esperienze; inoltre, essi possono essere positivi o negativi: nel primo caso contribuiranno a rendere la morte un evento ordinato, prevedibile e confortante, nel secondo caso genereranno tumulti emotivi e paura. Ecco perché, secondo l'autore, i significati personali della morte e le paure della morte dovrebbero essere studiati insieme; inoltre, ci si aspetta che i significati personali che gli individui hanno della morte siano legati alla paura della morte (Lonetto, 1982; Pollak, 1980; Tamm, 1996). Sebbene ci siano molti studi sui significati personali della morte, sono pochi quelli che hanno provato a indagare la relazione tra tali significati e la paura della morte. Per esempio, Leming (1980) ha trovato che gli individui con una forte fede nell'aldilà avevano meno paura della morte rispetto a quelli con concezioni più deboli dell'aldilà o a quelli che avevano poca o nessuna fede in un aldilà. Similmente, Holcomb et al. (1993) hanno scoperto che i soggetti che vedevano la morte come una forma di esistenza continua nell'aldilà avevano sia meno paura della morte sia meno paura dell'ignoto. Cicirelli (1998) ha osservato che coloro che vedono la morte come Estinzione (la morte significa estinzione personale, dolore, sofferenza, fine dei propri sogni, separazione dai propri cari e perdita) hanno una maggiore paura dell'aldilà, del destino del proprio corpo, della finalità della morte, dell'indegnità, dell'isolamento, di lasciare i propri cari e del dolore. I soggetti che vedono la morte come Aldilà (la morte è la non-estinzione, una riunione con i propri cari, l'inizio di qualcosa nell'aldilà e l'inizio di una nuova avventura) hanno una maggiore paura del destino del proprio corpo, dell'isolamento, della dipendenza e del dolore. Infine, coloro che vedono la morte come Eredità (la morte offre l'opportunità di essere valutati ed elogiati per i propri successi, di raggiungere l'immortalità simbolica e di morire nobilmente per una causa) hanno maggiore paura del destino del proprio corpo e dell'indegnità. Tuttavia, sono diversi gli studi che non hanno trovato differenze statisticamente significative nella

paura della morte in individui con significati personali della morte diversi (ad esempio, Durlak et al., 1990; Holocomb et al., 1993; Kastenbaum, 1996; Neimeyer et al., 1984; Noppe I. C. e Noppe L. D., 1997; Wenestam e Wass, 1987).

4.6.1 Personificazioni della morte

Talvolta, i significati della morte vengono espressi come personificazioni della morte. La personificazione è un'attività immaginativa che dà concretezza a qualcosa di astratto, in questo caso, la morte; personificare la morte significa quindi darle un aspetto, attribuirgli un sesso, una personalità, una voce. Il più rilevante lavoro di ricerca in quest'ambito è quello di Kastenbaum e Aisenberg (1972), che hanno delineato le quattro principali personificazioni della morte:

1. Il Macabro (*The Macabre*): la morte viene personificata come una forma sfigurata e decadente che suscita orrore nello spettatore ed è percepita come il nemico giurato della vita; spesso è una rappresentazione vivida che suscita risposte fisiche ed emotive negative.
2. Il Consolatore Gentile (*The Gentle Comforter*): la morte viene vista come una forza potente impiegata silenziosamente in modo gentile. Il Consolatore Gentile potrebbe essere un adulto di qualsiasi età o una persona molto anziana, che non ha nulla del decadimento o della ripugnanza associati al Macabro; quando viene, è il benvenuto: c'è qualcosa di piacevole nell'incontrarlo.
3. Il Seduttore Gaio (*The Gay Deceiver*[43]): la morte è una persona giovane, mondana, elegante, attraente, equilibrata e sofisticata, che attrae le sue vittime per poi portarle al loro destino; questa personificazione sembra affascinante e soave, ma nel profondo è ingannevole, crudele e fredda: quando scopri chi è veramente, è troppo tardi.
4. L'Automa (*The Automaton*): l'automa è indistinto nell'aspetto e tremendamente ordinario: tende ad essere vestito in modo conservativo, non ha particolari manierismi ed ha un'espressione vuota; si occupa degli affari della morte in modo annoiato e competente.

[43] Cotter (2003) precisa che il termine per questo tipo di personificazione è stato applicato prima che la parola 'gay' assumesse la sua associazione generale con l'omosessualità e non ha nulla a che vedere con le preferenze sessuali.

Sono stati condotti diversi studi sulla relazione tra le personificazioni della morte e l'ansia di morte, che sembrano suggerire che l'intensità dell'ansia di morte che è una funzione della personificazione della morte (Cotter, 2003). Per esempio, Nogas et al. (1974) hanno scoperto che la personificazione del Macabro era quella più frequente per i soggetti con elevata ansia, il Consolatore Gentile e l'Automa erano le scelte più frequenti per i soggetti con moderata ansia, mentre l'Automa era la scelta più frequente per i soggetti a bassa ansia. Lonetto et al. (1976) hanno invece osservato che gli uomini e le donne che personificavano la morte come maschio o femmina mostravano un'ansia di morte più elevata rispetto a quelli che personificavano la morte come una figura asessuata.

CAPITOLO 5:

La paura della morte ai tempi del Coronavirus (Covid-19)

Nel dicembre del 2019, un nuovo coronavirus è stato individuato nella città di Wuhan, in Cina. In sole cinque settimane, il virus – denominato Covid-19 – si è diffuso globalmente, costringendo i governi di tutto il mondo a adottare misure preventive di contenimento come i *lockdown*, l'obbligo di usare dispositivi di protezione individuali (DPI) e il distanziamento sociale. L'11 marzo 2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato che il Covid-19 può essere considerato una pandemia[44]. L'elevata morbilità e mortalità di questo nuovo Coronavirus ha immediatamente e comprensibilmente generato diverse paure, tra cui quella della morte, sia propria che altrui. In considerazione di ciò, in questo capitolo verranno esaminati gli studi che hanno indagato la paura/ansia di morte nel contesto del Covid-19, dopo aver fornito una spiegazione del perché le pandemie, come quella che stiamo tuttora vivendo, genera così tanta paura, inclusa quella della morte.

5.1 Perché la pandemia ci fa così paura?

Come detto sopra, in breve tempo l'OMS ha dichiarato la malattia da Covid-19 una pandemia. La parola 'pandemia' può farci rabbrividire se ci soffermiamo sul suo significato: si tratta di un'epidemia che ha la tendenza a diffondersi ovunque, cioè ad invadere rapidamente vastissimi territori e continenti (dal greco *pan*, 'tutto', e *demos*, 'popolo')[45]; è qualcosa che minaccia molte persone con la stessa malattia, e che quindi colpisce le società in modo diverso dalle malattie classiche (Özgüç et al., 2021). Ma perché la pandemia, come quella da Coronavirus, ci fa così paura? Le pandemie fanno sì che grandi masse vivano nella paura e nell'ansia a causa dalla costante diffusione della malattia e dalla sua elevata morbilità e mortalità, tutti elementi che ricordano alle persone la possibilità della morte (Bostan et al., 2020; Çağlar e Kaçer, 2021; Okuyan et al., 2020). La morte è costantemente ricordata anche dal numero di nuovi casi e decessi aggiornati quotidianamente dai notiziari e dai

[44] https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2
[45] https://www.treccani.it/vocabolario/pandemia/

social media, dai dispositivi di protezione (maschere facciali, spray antibatterici e fazzoletti) che ricordano la malattia (Menzies e Menzies, 2020; Menzies et al., 2020) e dai dibattiti sulla fine del mondo, sul panico e sulla morte (Özyürek e Atalay, 2020). Questo, unito alla morte di migliaia di persone (inclusi i propri cari), ai periodi di quarantena e alle sue implicazioni (dover rimanere a casa continuamente, diminuzione delle relazioni sociali, sentimenti di solitudine), alle perdite non mortali (disoccupazione, difficoltà economiche e tensione finanziaria globale), al lavaggio frequente e ripetuto delle mani, ai pensieri inquietanti sulla malattia, alla presenza di immagini che ricordano la morte e alla violazione delle proprie convinzioni sul sé, sul mondo e sul futuro, può far emergere l'ansia di morte negli individui o esacerbare quella già esistente (Damirchi et al., 2020; Menzies et al., 2020; Özyürek e Atalay, 2020; Paul e Moser, 2006; Turhan, 2021).

5.2 Studi sulla paura della morte nel periodo della pandemia da Covid-19

Alla luce di quanto affermato nel paragrafo precedente, l'ansia di morte non dovrebbe essere ignorata durante la pandemia di Covid-19 (Özgüç et al., 2021), ed infatti negli ultimi due anni sono state pubblicate diverse ricerche sul tema. Per la stesura di questo paragrafo è stata eseguita una meta-analisi degli studi presenti in letteratura sulla paura della morte associata al Covid-19, partendo dalla *review* di Özgüç e collaboratori (2021), che hanno analizzato nove degli studi illustrati di seguito[46]. In totale, sono stati esaminati 31 studi, condotti tra il 2020 e il 2021; i campioni indagati provengono da varie parti del mondo: America Latina, Cina, Emirati Arabi Uniti, Germania, India, Iran, Israele, Italia, Pakistan, Polonia, Regno Unito, Romania, Russia, Spagna, Turchia e Stati Uniti.

Prima verranno presentati gli studi condotti sulla popolazione generale, poi quelli condotti su altre categorie che per motivazioni diverse possono provare maggiore paura della morte rispetto alla popolazione generale, come gli anziani, gli operatori sanitari, i pazienti ed altre professioni considerate importanti durante la pandemia.

[46] Damirchi et al., 2020; Gokdemir et al., 2020; Guner et al., 2021; Kandemir, 2020; Mirhosseini et al., 2021; Rababa et al., 2021; Sanadgol et al., 2020; Shakil et al., 2021; Söğütlü & Göktaş, 2021

5.2.1 Studi sulla popolazione generale

Gli studi condotti sulla popolazione generale hanno indagato aspetti diversi dell'ansia di morte generata dalla pandemia. Alcuni studi hanno indagato la relazione tra ansia di morte e fattori socio-demografici nel contesto del Covid-19. Per esempio, Kandemir (2020) ha osservato una moderata ansia di morte durante la pandemia, che risultava essere correlata al genere, all'età, allo stato civile e alla religiosità: l'ansia di morte era maggiore nelle donne, nei single, nei giovani e nei soggetti meno religiosi; non è stata trovata alcuna relazione significativa tra status socio-economico e ansia di morte. Similmente, Mirhosseini et al. (2021) hanno trovato che quasi la metà dei partecipanti riportava un'elevata ansia di morte, che era più alta nei giovani e in coloro che avevano subito la perdita di un familiare a causa del Covid-19. Nel loro studio, Habiboğlu e Bölükbaşı (2021) hanno dimostrato che l'ansia di morte era maggiore nelle donne e nei soggetti a basso reddito, risultato che era già stato trovato da Kavaklı (2020). Söğütlü e Göktaş (2021) hanno osservato un moderato livello di ansia di morte negli studenti universitari, che hanno avuto un periodo di pausa dall'istruzione ed hanno iniziato a trascorrere la maggior parte delle loro giornate a casa. Gli autori osservano che l'avere una storia di contatti Covid-19, il ricovero ospedaliero di parenti stretti e il risultato positivo del test per il Covid-19 hanno avuto un impatto significativo sia sull'effetto che l'ansia per la salute ha sull'ansia di morte e sulla gravità dei sintomi fisici, sia sull'effetto che l'ansia di morte ha sulla gravità dei sintomi fisici. Shakil et al. (2021), basandosi sull'assunzione di Erikson (1950) secondo cui il lavoro è un fattore cruciale per il sano funzionamento psicologico dell'essere umano, e usando la TMT come cornice teorica, hanno esaminato il ruolo dell'occupazione nel ridurre l'ansia di morte durante il Covid-19. I dati mostrano un basso punteggio di ansia di morte, che risulta essere positivamente correlata al disagio psicologico nei non lavoratori: rispetto ai lavoratori, le persone disoccupate mostrano una maggiore ansia di morte. Secondo gli autori, questi risultati suggeriscono che il lavoro è una potenziale fonte di *buffering* contro l'ansia di morte nel periodo della pandemia.

Vari studi hanno dimostrato che la paura della morte generata dalla pandemia da Covid-19 aumenta ed è aumentata da diversi fattori. Per esempio, se da una parte i *media* sono stati la principale

fonte di informazioni durante il *lockdown*, dall'altra parte hanno costituito la principale fonte di ansia di morte, a causa dei continui aggiornamenti sulle vittime del Covid-19 (King & Hayslip, 2002). In considerazione di ciò, Chen et al. (2020) hanno condotto un sondaggio online per cercare di indagare (a) l'influenza dei *media* sull'ansia di morte nel periodo della pandemia e (b) il ruolo mediatore di empatia, simpatia e affettività. È stato riscontrato che il coinvolgimento dei *media* era positivamente associato all'ansia di morte, e che l'empatia, la simpatia e l'affettività negativa mediavano tale relazione. Lee et al. (2020) hanno condotto uno studio con lo scopo di determinare se la paura del Covid-19 o 'coronafobia' – termine coniato da Asmundson e Taylor (2020) – potesse prevedere l'ansia di morte correlata alla pandemia. I risultati confermano che la coronafobia prevede, tra le altre cose, l'ansia di morte; pertanto, i professionisti della salute dovrebbero tenere conto della paura del Covid-19, in quanto questa è in grado di incrementare il disagio psicologico. Anche Simione e Gnagnarella (2020) dimostrano che l'ansia di morte è legata alla coronafobia (soprattutto per i gravi esiti che il Covid-19 può avere su se stessi e sui propri cari), oltre che a preoccupazioni per possibili catastrofi sociali o violazione delle misure di contenimento. Altro studio sulla relazione tra coronafobia e ansia di morte è quello di Asghari Ebrahim Abad et al. (2021), che hanno anche cercato di determinare il ruolo mediatore del sistema di inibizione comportamentale[47], alla luce di precedenti ricerche che hanno dimostrato una relazione tra tale sistema e l'ansia di morte (Campbell-Sills et al., 2004; Kazerooni e Akrami, 2015; Turner et al., 1996). I risultati del loro studio mostrano una correlazione positiva tra coronafobia e paura della morte, tra paura della morte e sistema di inibizione comportamentale, e tra sistema di inibizione comportamentale e coronafobia. Inoltre, è stato dimostrato il ruolo mediatore del sistema di inibizione comportamentale nella relazione tra paura della morte e paura del Covid-19: le persone con più alti livelli di inibizione comportamentale sperimentano una maggiore paura della morte. Secondo gli autori, una possibile spiegazione potrebbe

[47] **S**istema che risponde a stimoli legati alla punizione o alla deprivazione della ricompensa determinando l'attivazione neurofisiologica (*arousal*) e innescando un comportamento (Frank e Muris, 2007). Quando si valuta il rischio, il sistema di inibizione comportamentale crea e mantiene la motivazione degli individui per affrontare quel rischio (Gray, 1978). Tuttavia, una sensibilità molto elevata in questo sistema porta a effetti avversi, come ansia e disturbi d'ansia (Scholten et al., 2006; Taylor ed Eitle, 2015).

essere che i problemi di salute e l'ansia associati a malattie pandemiche, come il Coronavirus, possono generare stress e pensieri negativi che innescano comportamenti preventivi disfunzionali e inibizione comportamentale, che a loro volta potrebbero avere conseguenze negative a lungo termine per l'individuo (Wang et al., 2020), come l'ansia di morte (Lee et al., 2020; Agroskin et al., 2016). Curşeu et al. (2021) hanno invece scoperto che l'ansia di morte predice la paura del Covid-19 e l'umore negativo, e che questa associazione positiva è mediata dalla riflessione sulla morte. Inoltre, i risultati del loro studio evidenziano che l'associazione tra ansia di morte e distanza sociale verso le persone che sono state contagiate dal virus è mediata dall'ansia e dall'umore negativo legati al Covid-19. Pradhan et al. (2020) hanno esaminato la paura della morte nei giovani adulti durante il Covid-19, esplorando la sua associazione con il nevroticismo e il ruolo mediatore dello stress percepito in tale relazione. I risultati hanno mostrato che il nevroticismo era correlato positivamente all'ansia di morte, relazione che però era totalmente mediata dallo stress percepito. Zhang et al. (2020) hanno eseguito uno *screening* su larga scala del livello di ansia di morte e di disturbo da stress post-traumatico (PTSD) nel contesto dell'epidemia da Coronavirus, cercando di capire come l'ansia di morte influisca sul PTSD. A tal scopo, hanno condotto un sondaggio online circa un mese dopo l'inizio della pandemia (febbraio 2020), ripetuto poi quando sono state ripristinate le 'normali' condizioni di vita (aprile 2020). I risultati mostrano che tra la prima e la seconda indagine, il numero di individui con elevata ansia di morte è aumentato dal 48,1 al 53,2%. Inoltre, si è visto che il PTSD era significativamente correlato ad un alto livello di ansia da morte. Jagadeesan (2020) ha riscontrato che l'ansia di morte era il più forte predittore del disagio psicologico vissuto tra i residenti in quarantena della città di Chennai (India).

Alcuni studi hanno osservato che la paura della morte legata al Covid-19 influenza il comportamento d'acquisto. Sono due gli studi condotti sul tema che meritano attenzione, quello di Bentall et al. (2021) e quello di Habiboğlu e Bölükbaşı (2021). Bentall et al. (2021) hanno osservato che l'acquisto compulsivo e l'accumulo di beni di prima necessità sono comportamenti comuni nelle situazioni di crisi, e sono stati osservanti globalmente durante le prime fasi della pandemia di Covid-

19. In assenza di una reale scarsità di beni e servizi, questi comportamenti possono essere denominati, secondo gli autori, con il termine 'acquisto da panico' (Bentall et al., 2021). Una delle ipotesi dello studio è che l'acquisto da panico sia associato ad alcuni indicatori del distress psicologico, come depressione, ansia generale, ansia per il Covid-19, nevroticismo, intolleranza dell'incertezza e ansia di morte. Questa ipotesi è stata in parte confermata dai risultati: tra le variabili di disagio psicologico, solo la depressione e l'ansia di morte erano predittori significativi del comportamento di acquisto da panico. Similmente, Habiboğlu e Bölükbaşı (2021) hanno indagato l'effetto della paura del Coronavirus e della paura della morte sul comportamento di acquisto online, dimostrando – tra le altre cose – che la risposta individuale al Covid-19 ha un effetto positivo sull'ansia di morte, e che questa ha un significativo effetto positivo sul comportamento di acquisto online. Inoltre, l'ansia di morte era maggiore nelle donne e nei soggetti con basso reddito.

Poiché il Coronavirus minaccia la salute, il futuro e la vita, e poiché può accentuare le percezioni di fragilità e di finitezza della vita, Rupprecht et al. (2021) hanno indagato come l'effetto di diverse percezioni della pandemia si legano a diverse percezioni della finitezza della vita, come la prospettiva temporale futura, l'ansia di morte e le aspettative di vita. I risultati mostrano che mentre i cambiamenti nella prospettiva temporale futura erano prevalenti tra la prima e la seconda ondata della pandemia (probabilmente a causa del suo impatto duraturo), l'ansia di morte era elevata all'inizio della pandemia e diminuiva durante la seconda ondata; l'iniziale ansia di morte era legata alla giovane età, all'essere donna e a percezioni più forti di gravità e suscettibilità, mentre la diminuzione tra la prima e la seconda ondata della pandemia era correlata ad un'età più avanzata e a minori percezioni di suscettibilità. Questi risultati sono in accordo con la teoria della gestione del terrore, che suggerisce che un'elevata ansia di morte è tamponata da vari meccanismi di *coping* che fanno prendere consapevolezza della vulnerabilità, della fragilità e della mortalità (Solomon et al., 1991); quindi, entro la seconda ondata della pandemia, la maggior parte degli individui avrebbe trovato strategie per ridurre la propria ansia di morte personale. Gli autori hanno inoltre trovato che una maggiore ansia di morte era correlata a deboli opportunità temporali future, debole estensione temporale futura, forti

vincoli temporali futuri ed elevate aspettative di vita; una spiegazione di quest'ultimo aspetto è che gli individui che desiderano una vita più lunga potrebbero sentirsi particolarmente ansiosi quando questa vita più lunga viene minacciata, per esempio a causa della pandemia.

Alla luce degli effetti negativi che il Covid-19 e l'ansia di morte da esso generata possono avere, diversi studi si sono focalizzati sulle strategie di *coping* che possono essere usate. Per esempio, Kavaklı et al. (2020) hanno indagato il ruolo mediatore dell'auto-compassione[48] nella relazione tra la minaccia percepita di Covid-19 e l'ansia di morte, poiché vari studi hanno dimostrato che l'auto-compassione è inversamente relata all'ansia e può essere usata come strategia di *coping* per far fronte a diversi sintomi clinici (Barnard e Curry, 2011; Germer e Neff, 2013; Raes, 2010; Van Dam et al., 2011; Werner et al., 2012). In linea con le ipotesi, i risultati mostrano che la relazione tra rischio percepito di Covid-19 e ansia di morte è moderata dall'auto-compassione. Un'altra strategia che sembra ridurre l'ansia è il *self-talk*[49] (Latinjak et al., 2017; Walter et al., 2019). A tal proposito, Damirchi et al. (2020) hanno esaminato il ruolo di tale componente nel predire l'ansia di morte, il disturbo ossessivo-compulsivo e le strategie di *coping* a fronte del Covid-19. I risultati mostrano un basso punteggio di ansia di morte e una relazione negativa tra *self-talk* e ansia di morte: la paura della morte causata dalla pandemia da Coronavirus può quindi essere ridotta, secondo gli autori, parlando con se stessi. Infine, Yıldırım e Güler (2021) hanno indagato il ruolo mediatore della positività[50] sulla relazione tra rischio percepito, ansia di morte e felicità, tutti meccanismi alla base dei fattori psicologici correlati a Covid-19. I risultati mostrano che la percezione del rischio associato al Covid-19 ha un effetto diretto sulla positività, sull'ansia di morte e sulla felicità, e che la positività ha un importante effetto diretto sull'ansia di morte e sulla felicità; infine, la positività media l'effetto che il rischio percepito ha sull'ansia di morte e sulla felicità.

---

[48] L'auto-compassione è descritta da Kristin Neff (2003) come quel processo di estensione della compassione a sé stessi in casi di percepita inadeguatezza, fallimento o sofferenza in generale; secondo l'autrice, l'auto-compassione è composta da tre elementi: gentilezza verso sé stessi, esperienze umane comuni e consapevolezza.

[49] Il *self-talk* consiste nel parlare con se stessi e permette di prendere le distanze dagli eventi nel momento in cui riflettono sulla propria vita; in questo modo, è possibile osservarli in maniera più obiettiva. Il *self-talk* consente anche di ridurre l'ansia ed aumentare la motivazione (https://www.stateofmind.it/2017/07/self-talk-parlare-a-se-stessi/).

[50] La positività è concettualizzata come una tendenza disposizionale a vedere la propria vita e il futuro in una prospettiva positiva, limitando la negatività (Caprara et al., 2012).

5.2.2 Studi sugli anziani

Una delle categorie più a rischio di soffrire di ansia di morte legata al Covid-19 è quella costituita dagli anziani. Innanzitutto, va detto che gli anziani sono più vulnerabili al Covid-19 a causa di un sistema immunitario più debole e di pre-esistenti condizioni mediche croniche (ipertensione, diabete, malattie coronariche e/o cerebrovascolari), che possono portare a ulteriori complicanze ed aumentare il rischio di mortalità (Khademi et al., 2020). Pertanto, non sorprende che una delle conseguenze di questa maggiore suscettibilità al rischio di infezione è la paura della morte, aggravata da diversi fattori: presenza di problemi e disabilità fisiche, malattie croniche, disturbi del movimento, ridotta indipendenza fisica ed economica, solitudine (Birgit et al., 2018; Guner et al., 2020; Menzies e Menzies, 2020) e percezione di vicinanza alla morte (Ring et al., 2020). Qui verranno esaminati alcuni studi che hanno indagato la paura della morte negli anziani nel periodo della pandemia, e quali fattori possono incidere positivamente o negativamente su tale paura.

Guner et al. (2021) hanno condotto uno studio sull'effetto della solitudine vissuta dagli anziani durante la pandemia di Covid-19 sull'ansia di morte. I risultati mostrano un moderato livello di solitudine e un moderato livello di ansia di morte negli anziani. L'ansia di morte e la solitudine sono influenzate dallo stato civile, dal livello d'istruzione e dallo status di malattia cronica: gli anziani single, quelli con un basso livello d'istruzione e quelli con malattia cronica sperimentano una maggiore paura della morte e una maggiore solitudine; non ci sono differenze significative per quel che riguarda il genere. Inoltre, l'ansia di morte risulta essere maggiore negli anziani che non hanno sufficienti informazioni sul Covid-19, che non hanno un hobby, che non comunicano con *social media* o telefono, che hanno sperimentato un incremento nella paura per il Covid-19 e che hanno sperimentato un incremento nella spiritualità. Infine, è stata trovata un'elevata correlazione positiva tra solitudine e ansia di morte e una moderata correlazione positiva tra l'età e l'ansia di morte e la solitudine: solitudine e paura della morte sembrano aumentare con l'avanzare dell'età.

Ring et al. (2020) hanno condotto uno studio allo scopo di esaminare se la vicinanza soggettiva alla morte modera la relazione tra preoccupazione per la salute e ansia di morte a causa dell'epidemia

di Coronavirus tra gli anziani. I risultati confermano l'ipotesi: la vicinanza soggettiva alla morte attenua l'associazione tra preoccupazione per la salute e ansia di morte negli anziani durante la pandemia; inoltre, gli autori hanno osservato livelli più alti di ansia di morte negli anziani con maggiori problemi di salute legati a Covid-19.

Poiché è stato dimostrato che il *coping* religioso tampona l'ansia di morte e le sue conseguenze negative, Rababa et al. (2021) hanno condotto uno studio allo scopo di esaminare l'associazione dell'ansia di morte con il *coping* religioso e il benessere spirituale negli anziani residenti in comunità durante la pandemia di Covid-19. Gli autori hanno trovato che la maggior parte degli anziani aveva bassi livelli di *coping* religioso e di benessere spirituale ed alti livelli di ansia di morte; nello specifico, i più alti livelli di ansia di morte sono stati riportati dai soggetti sposati e da quelli di sesso femminile (contrariamente a quanto sostenuto da Guner e collaboratori), che riportavano anche un maggior *coping* religioso rispetto ai soggetti di sesso maschile. Dopo aver controllato le caratteristiche socio-demografiche, il *coping* religioso e il benessere spirituale sono risultati predittori significativi dell'ansia da morte: maggiore è il benessere spirituale e maggiore è l'efficacia delle strategie di *coping* religioso, minore sarà l'ansia di morte.

I tre studi sopra riportati dimostrano che gli anziani hanno sperimentato un'elevata paura della morte durante la pandemia. Sebbene possano essere adottate delle strategie di *coping* (come quelle di tipo religioso), è importante che le autorità sanitarie tengano conto della precaria salute fisica e mentale degli anziani (Li et al. 2020), anche in considerazione del fatto che sono la fascia di popolazione più colpita dal Covid-19 (OMS, 2020). Khademi et al. (2020) suggeriscono di educare i pazienti con Covid-19 su come affrontare l'ansia di morte e di attuare interventi psicologici e programmi di consulenza negli ospedali e nei centri di trattamento per alleviare lo stress psicologico e migliorare la salute mentale di questi pazienti.

5.2.3 Studi sugli operatori sanitari

Sin dalle prime fasi del Covid-19, i diversi professionisti sanitari sono stati impegnati in prima linea a fronteggiare la pandemia. Il frequente contatto con i pazienti ha esposto questi operatori non solo al rischio di infezione, ma anche a livelli elevati di ansia di morte, poiché devono continuamente far fronte alla morte dei loro pazienti (Moudi et al., 2017). Pertanto, rispetto alla popolazione generale, queste persone potrebbero soffrire di una maggiore paura della morte. Alla luce di ciò, sono stati condotti degli studi che indagano la tanatofobia negli operatori sanitari nel contesto del Covid-19. Per esempio, Zhang et al. (2020) hanno dimostrato che rispetto ad altre professioni, il personale medico manifesta una maggiore ansia di morte. Lázaro-Pérez, López-Meneses et al. (2020) hanno osservato che gli operatori sanitari mostrano un elevato livello di ansia per la morte altrui, e questa ansia è associata a numerose variabili, tra cui il genere, la credenza che nei posti di lavoro debba essere fornito supporto psicologico, la percezione soggettiva che la mancanza di DPI (dispositivi di protezione individuali) possa produrre ansia per la morte altrui, e le tre sotto-scale del *burnout* (esaurimento emotivo, depersonalizzazione e realizzazione professionale). Pertanto, gli autori sottolineano che elevati livelli di *burnout* negli operatori sanitari sono strettamente correlati ad alti livelli di ansia per i processi di morte dei loro pazienti. Gokdemir et al. (2020) hanno condotto uno studio sui medici di famiglia, osservando che sebbene questi mostrino un generale atteggiamento positivo nei confronti del Covid-19, la maggior parte di loro manifesta paura di essere contagiati dai pazienti e/o di contagiare amici e familiari a causa dei contatti con pazienti potenzialmente positivi al Coronavirus; si è visto che questa preoccupazione è legata a stress. Sono state inoltre trovate correlazioni negativa tra gli atteggiamenti nei confronti del Covid e l'ansia di morte, e tra l'ansia di morte e alcuni tratti di personalità, come la coscienziosità, la stabilità emotiva, l'apertura alle esperienze e la soddisfazione per la propria vita. Infine, è stata trovata una correlazione positiva tra la paura del Covid-19 e la paura della morte. Poiché studi precedenti hanno dimostrato che i sentimenti di impotenza e di colpa elicitati dalla morte di un paziente possono causare nei medici vari sintomi fisici e psichici, Indacochea et al. (2020) hanno condotto uno studio per valutare le percezioni

e le risposte dei medici che trattano pazienti Covid-19. I risultati mostrano che la paura della morte è alta negli operatori sanitari; nello specifico, i medici che non trattano pazienti Covid-19 sono più spaventati della loro morte, mentre i medici che trattano pazienti Covid-19 sono più spaventati della morte dei loro pazienti, soprattutto se tali pazienti vengono trattati in ambienti in cui non sempre sono disponibili dispositivi di protezione. La paura della morte degli altri è maggiore nei medici che si sono laureati da molto tempo e che quindi hanno molti anni di esperienza alle spalle; gli autori ritengono che questo risultato sia dovuto alla maggiore esposizione alla morte.

In considerazione del fatto che l'ansia di morte riduce la soddisfazione per la propria vita (Rababa et al., 2021), Aydın e Fidan (2021) hanno esaminato l'effetto dell'ansia di morte degli infermieri sulla soddisfazione per la propria vita durante la pandemia da Coronavirus. I risultati mostrano una moderata ansia di morte e una moderata soddisfazione per la propria vita. C'era una debole correlazione negativa tra l'ansia di morte e la soddisfazione per la propria vita: maggiore era l'ansia di morte, minore era la soddisfazione degli infermieri per la propria vita. Gli autori dimostrano inoltre che l'ansia di morte – insieme alle variabili socio-demografiche (genere, età, livello d'istruzione, anni di esperienza lavorativa e clinica in cui lavorano), alla frequenza di pensieri sul Covid-19 e al non essere spaventati di curare pazienti Covid-19 – predice la soddisfazione per la propria vita.

Ci sono vari metodi che possono essere usati per ridurre l'ansia di morte, sia farmacologici che non-farmacologici. Tra questa seconda categoria di interventi figura l'immaginazione guidata (Masoumi et al. 2016), tecnica che attraverso la produzione di immagini mentali rilassanti, che vanno a sostituire quelle inquietanti, aiuta a ridurre lo stress e l'ansia. Questo metodo è stato applicato in ambito ospedaliero in diversi gruppi di pazienti, e si è dimostrato utile nel ridurre diversi sintomi fisici e psichici negativi (ad esempio, Ali Far e Nokani, 2013; Azimian et al., 2017; Bahrami-Eyvanakei et al., 2017; Jacobson, 2016). Alla luce di ciò, Sanadgol et al. (2020) hanno cercato di determinare l'effetto dell'immaginazione guidata sull'ansia di morte negli infermieri che lavorano nei reparti di terapia intensiva Covid-19. I partecipanti del gruppo sperimentale stimolavano l'immaginazione con la guida di letture, brochure e opuscoli, mentre i partecipanti del gruppo di

controllo non ricevevano alcun intervento. Gli autori hanno osservato che i livelli di ansia di morte prima dell'intervento erano alti sia nel gruppo sperimentale che di controllo; dopo l'intervento, il punteggio medio di ansia di morte nel gruppo sperimentale è diminuito, mentre nel gruppo di controllo non vi è stata alcuna differenza significativa prima e dopo l'intervento.

L'implicazione di questi risultati è che il personale medico necessita di supporto emotivo per portare avanti il loro lavoro nel periodo della pandemia (Indacochea et al., 2021).

5.2.4 Studi su altre categorie professionali

A causa della pandemia di Covid-19, non solo gli operatori sanitari ma tutte le professioni sono state colpite da situazioni stressanti e ansiose per la vicinanza alla morte; in questo contesto, alcuni professionisti sono emersi come essenziali (Martínez-López et al., 2021). Per esempio, Lázaro-Pérez, Fernández-Martínez et al. (2020) hanno constatato che i lavoratori delle Forze dell'Ordine e delle Forze Armate hanno svolto un lavoro straordinario per cercare di alleviare gli effetti che la pandemia ha avuto sulla popolazione e per restituire stabilità alla cittadinanza, allestendo ospedali da campo, disinfettando vari centri, aiutando nell'assistenza sanitaria o nel trasferimento di pazienti o cadaveri. Tuttavia, la continua esposizione al virus e alla mortalità ha incrementato il rischio di stress e di ansia di morte in questi professionisti. A tal proposito, Lázaro-Pérez, Fernández-Martínez et al. (2020) hanno condotto uno studio con l'obiettivo di esaminare il livello di ansia di morte in queste categorie professionali (Polizia di Stato, Guardia Civile e Forze Armate) e di determinare le variabili sottostanti questo fenomeno. Innanzitutto, si osservano elevati livello di ansia di morte in tutte le categorie. I maggiori punteggi sono stati registrati per le sotto-scale 'Paura della Morte Altrui' e 'Paura del Processo di Morte Altrui'; punteggi moderati sono stati registrati per la sotto-scala 'Paura del Proprio Processo di Morte'. Quindi, i lavoratori delle Forze dell'Ordine e delle Forze Armate manifestano una maggior paura per la morte degli altri che della propria. Le analisi mostrano che la necessità di supporto psicologico o psichiatrico, la mancanza di DPI e l'esaurimento emotivo sono alla base di tutte le quattro tipologie di ansia di morte: i soggetti che ritengono di aver bisogno di supporto, che

credono che non ci siano sufficienti dispositivi di protezione individuale e che sperimentano un maggior esaurimento emotivo hanno maggiori probabilità di manifestare paura della morte, paura del processo di morte proprio e altrui, e paura della morte altrui. La depersonalizzazione è invece alla base della paura della morte, della paura della morte altrui e della paura del processo di morte altrui: chi sperimenta depersonalizzazione ha più probabilità di manifestare tali paure. Il *burnout* totale è predittivo della paura della morte e del proprio processo di morte. Il non aver lavorato durante la prima ondata di Covid-19 predice la paura del processo di morte altrui: chi ha lavorato durante la prima ondata ha meno probabilità di sperimentare paura del processo di morte altrui. Infine, la variabile socio-demografica dell'età è alla base della paura della morte altrui: i soggetti di età compresa tra 41 e 60 anni hanno maggiori probabilità di manifestare tale paura.

Altra categoria di professionisti che secondo Martínez-López et al. (2021) è stata essenziale nel periodo della pandemia è quella costituita dagli assistenti sociali, che hanno cercato di garantire il benessere delle persone più vulnerabili e fragili (anziani, persone con disabilità o che necessitano di cure a lungo termine), prive dei bisogni essenziali. In virtù di ciò, anche questi professionisti potrebbero sperimentare stress emotivo. Basandosi su queste considerazioni, gli autori hanno condotto uno studio con l'obiettivo di determinare i livelli di ansia di morte negli assistenti sociali. I risultati mostrano un'elevata paura per la morte altrui e per il processo di morte altrui, probabilmente perché – secondo gli autori – gli assistenti sociali sono esposti alla morte dei loro assistiti. Quest'ansia di morte è aumentata dalla mancanza di DPI, dalla necessità di supporto psicologico/psichiatrico e dall'essere donna.

Questi dati suggeriscono che – sebbene non siano in prima linea come gli operatori sanitari – anche le altre professioni possono soffrire di ansia di morte e stress legati al Covid-19, e che quindi necessitano di supporto psicologico ed emotivo.

5.2.5 Studi sui pazienti

A causa dell'alto tasso di mortalità che il Covid-19 ha avuto nella prima ondata, è facile comprendere come i pazienti contagiati possano aver avuto paura della morte. Ciononostante, in letteratura non ci sono molti studi a riguardo. Due dei pochi studi sul tema sono quelli di Rani e Tripathy (2021) e di Çağlar e Kaçer (2021). Rani e Tripathy (2021) hanno esaminato l'impatto del Coronavirus sull'ansia di morte effettuando un confronto tra soggetti a cui era stato diagnosticato il Covid-19 e soggetti a cui non era stato diagnosticato. I risultati mostrano che le persone a cui è stato diagnosticato il Covid-19, anche dopo essere guarite, avevano maggiore paura della morte rispetto a quelle a cui non è stato diagnosticato, poiché hanno fatto esperienza diretta della malattia. Çağlar e Kaçer (2021) hanno invece esaminato i livelli di ansia di stato/tratto e di ansia di morte facendo un confronto tra pazienti con infarto del miocardio e pazienti con polmonite da Covid-19. I risultati mostrano che rispetto al gruppo di controllo (pazienti sani), i pazienti con infarto del miocardio e i pazienti con polmonite da Covid-19 riportano punteggi di ansia di stato, di ansia di tratto e di ansia di morte significativamente maggiori; inoltre, i due gruppi di pazienti non differivano tra loro sui tre punteggi di ansia (stato, tratto e di morte). In entrambi i gruppi di pazienti, sono stati riscontrati punteggi di ansia più elevati nei soggetti con altre condizioni cliniche e nei soggetti fumatori. Nei pazienti Covid-19 non sono state riscontrate differenze di genere e di stato civile sui tre punteggi, mentre il minore livello d'istruzione era associato a punteggi più bassi di ansia di stato. Nei pazienti con infarto del miocardio non sono state riscontrate differenze di genere sui tre punteggi; l'essere single era associato a punteggi più elevati di ansia di stato, mentre il maggiore grado di istruzione (laurea) era associato a maggiori punteggi di ansia di morte. Infine, in entrambi i gruppi di pazienti è stata trovata una moderata correlazione positiva tra ansia di stato e ansia di morte e una moderata correlazione positiva tra ansia di tratto e ansia di morte.

Un'elevata ansia di morte legata alla pandemia è stata riscontrata anche in altre categorie di pazienti: Chodkiewicz et al. (2021) hanno osservato che sia i soggetti con disturbi ansiosi che quelli con disturbi depressivi avevano maggiore paura della morte e del Covid-19.

Conclusioni

La morte è qualcosa di inevitabile e questa è una consapevolezza del tutto umana, che può generare paura. La paura della morte è il filo conduttore, il nucleo di questo elaborato finale, in cui ho cercato di indagare – per esempio – come può essere definita la paura della morte, come si sviluppa, se si tratta di una paura innata o acquisita, quali sono le sue caratteristiche, i suoi fattori scatenanti e le sue conseguenze, quali variabili la influenzano, e se esistono trattamenti da adottare quando questa diventa patologica. Per cercare di rispondere a questi interrogativi ho eseguito un'analisi psicobiologica strutturata in cinque capitoli.

Nel primo capitolo sono stati illustrati i comportamenti di animali e umani nei confronti di conspecifici morenti o morti. Gli studi sulla tanatologia comparata dimostrano che gli animali non umani – siano essi primati, mammiferi acquatici, elefanti, giraffe, ippopotami, uccelli, cavalli o canidi – mettono in atto comportamenti comuni nei confronti di un conspecifico (di solito, un cucciolo) morto o moribondo; tali comportamenti includono l'esplorazione, la manipolazione, lo spostamento, il trasporto, la pulizia, i tentativi di rianimazione, la guardia e la protezione del cadavere da altri animali (tipicamente predatori). Il tempo speso con un conspecifico morto e le cure epimeletiche rivolte ad esso dimostrano che probabilmente l'uomo non è l'unico animale a soffrire per la morte di un proprio caro. Passando all'essere umano, le reazioni e gli atteggiamenti di fronte a un cadavere sono molteplici, e dipendono perlopiù dal rapporto che si aveva col defunto: le reazioni possono andare dal dolore per la morte di una persona cara all'indifferenza per la morte di un estraneo; gli atteggiamenti possono andare dall'avversione al fascino e dal cannibalismo (molto raro) a complessi riti mortuari, che dovrebbero favorire – secondo molteplici religioni – il passaggio dell'anima nel mondo degli spiriti e l'instaurarsi di una relazione di reciprocità tra il defunto e i vivi, in modo tale che il primo possa proteggere i secondi.

Con il secondo capitolo si entra nel vivo della questione e si inizia a rispondere ad alcuni degli obiettivi della Tesi. Per quanto riguarda la definizione di paura della morte, non ne esiste una unica,

ma diversi autori sono concordi nel definirla come l'apprensione generata dall'anticipazione della non-esistenza. Gli studi dimostrano poi che il concetto di paura racchiude in sé diverse dimensioni.

Nella sua analisi storica degli atteggiamenti della cultura occidentale nei confronti della morte, Ariès evidenzia che all'inizio (primo Medioevo) la morte veniva considerata come un normale evento della vita, di cui non si doveva avere paura; col passare dei secoli e la maggiore influenza della Chiesa (secondo Medioevo) essa diventa un evento ansiogeno, poiché è nel momento della morte che l'anima viene giudicata e premiata/punita sulla base delle proprie azioni; dal XVIII secolo si assiste all'estraniazione della morte, che diventa qualcosa che riguarda gli altri; oggi la morte viene invece vista come un tabù, come qualcosa da evitare, e questo lo si può vedere dal contenimento mostrato dalle persone in lutto e dall'imbarazzo di coloro che cercano di fare le condoglianze.

Gli approcci filosofici sulla paura della morte sono concordi nel ritenere che non bisogna avere paura della morte, per diverse ragioni. Ad esempio, per Epicuro non dobbiamo avere paura della morte perché quando c'è la morte non ci siamo noi, e quando ci siamo noi non c'è la morte. Questo ragionamento sembra non fare una piega, ma presuppone – a mio parere – che la morte sia rapida, improvvisa e incosciente; in altre parole, Epicuro non considera i casi in cui la morte sopraggiunge dopo una malattia terminale o dopo una lunga agonia, dove si è pienamente consapevoli che si è molto vicini alla morte: in queste situazioni è difficile pensare che l'individuo non provi nemmeno un briciolo di paura. Nonostante gli approcci filosofici siano interessanti, è compito della psicologia dare le cornici teoriche per comprendere il costrutto di paura della morte.

Le ipotesi analizzate nel secondo capitolo hanno quattro temi ricorrenti: (1) la morte come annientamento del sé (non esistenza), affrontato dalle teorie del diniego (teoria di Becker, teoria della gestione del terrore, modello di Templer) e delle illusioni positive; (2) la morte come separazione e trasformazione radicale, affrontato dalla teoria di Kelly; (3) la morte come minaccia al significato e al valore della propria vita, affrontato dalle teorie di ricerca del significato e la teoria del diniego di Tomer ed Eliason; (4) la morte come minaccia alla realizzazione dei propri obbiettivi e progetti di vita, affrontato dalle teorie dell'autorealizzazione e la teoria della discrepanza del concetto di sé di

Higgins. Le teorie dello sviluppo (come il modello di Erikson e i modelli post-formali) permettono all'individuo di far fronte e tutte queste minacce, poiché offrono una visione dei cambiamenti evolutivi e perché considerano l'impatto delle paure legate alla morte sullo sviluppo. Infine, la teoria di Wong si occupa dell'accettazione e dei significati della morte, mentre quella di Hossain dell'adattamento alla morte.

Nel terzo capitolo ho illustrato gli studi che hanno analizzato lo sviluppo della paura della morte, le caratteristiche, gli antecedenti, le conseguenze e i possibili trattamenti. Per quanto riguarda l'ontogenesi, gli studi analizzati dimostrano che la paura della morte emerge con l'acquisizione di un concetto maturo di morte, intorno ai 10 anni di età (età scolare): nel momento in cui il bambino apprende che la morte è qualcosa che succede a tutti e da cui non si ritorna, allora emerge la paura della morte. Ho potuto osservare io stessa questo aspetto durante il tirocinio pre-laurea: la mia tutor, la dott.ssa Mondini (psicologa e psicoterapeuta) ha somministrato il *Koala Fear Questionnaire* nella classe quarta (13 bambini tra i 9 e i 10 anni di età) della scuola primaria in cui ho svolto il tirocinio; dai risultati è emerso che più della metà dei bambini (61,5%) ha risposto 'Molta paura' all'item riguardante la morte. Tuttavia, l'acquisizione di un concetto maturo di morte non necessariamente determina paura: il bambino potrebbe infatti vedere la morte come qualcosa che fa parte del naturale ciclo di vita, e quindi non temerla. L'adolescenza è il periodo di maggiore preoccupazione della morte, sia perché c'è un sempre maggiore sviluppo del concetto di morte, sia per le esperienze dirette con la morte (lutti familiari). Nell'età adulta, la paura della morte emerge dalla consapevolezza che è stato raggiunto il picco della vita e che inizia ora la discesa verso la vecchiaia; inoltre, questa paura può essere dovuta ai primi acciacchi, ai problemi fisici, all'avvicinamento della pensione, al vedere i propri figli andare via di casa, e così via. Nella vecchiaia, la paura della morte è dovuta ad una scarsa integrità dell'Io.

La paura della morte ha caratteristiche emotive, cognitive ed esperienziali. Per quanto riguarda le prime, la paura della morte deriva da strutture limbiche antiche, quali l'amigdala e le strutture coinvolte nello sviluppo di ricordi paurosi impliciti (inconsci), e l'ippocampo e le aree corticali

coinvolte nello sviluppo di ricordi paurosi espliciti (consci). Per quanto riguarda le seconde, le dimensioni cognitive della paura della morte includono credenze o idee sul processo di morte, pensieri sullo stato di morte o sull'essere distrutti, immagini di altri significativi, pensieri sull'ignoto e sulla morte, idee sul corpo dopo la morte e pensieri di una morte prematura. Infine, per quanto riguarda le ultime, gli studi dimostrano che l'ansia di morte è in gran parte negata o repressa; quindi, in genere, non fa parte dell'esperienza cosciente.

Per quel che concerne gli antecedenti dell'ansia di morte, gli studi ne hanno individuati sei tipi: rimpianti legati al passato (la paura della morte emerge quando l'individuo si sente in colpa per non aver realizzato ciò che si aspettava di realizzare), rimpianti legati al futuro (la paura della morte emerge quando l'individuo teme di non riuscire a realizzare i propri obiettivi a causa di una morte prematura), significati della morte (l'ansia di morte aumenta se si vede la morte come non significativa), ambienti stressanti e imprevedibili (come la guerra), diagnosi di malattia grave o terminale (tumore, sindrome coronarica acuta, sclerosi multipla, AIDS, psicopatologie…), esperienze con la morte e il processo di morte (per esempio tra coloro che hanno subito una perdita, che studiano questi temi o che lavorano in contesti dove la malattia e la morte sono all'ordine del giorno).

La paura della morte può avere conseguenze adattive o disadattive. Tra le conseguenze adattive si annoverano il consolidamento delle proprie convinzioni, il maggior impegno nelle relazioni, la maggiore compassione verso le persone con disabilità (soprattutto nelle donne), l'apprendimento e la crescita, la maggiore accettazione di sé, un maggiore significato della vita e la ricerca di un'esistenza autentica. Le conseguenze disadattive della paura della morte comprendono invece atteggiamenti negativi nei confronti degli anziani, un minor orientamento al tempo futuro, disturbi alimentari e di automutilazione, disturbi d'ansia, ambivalenza verso il proprio corpo, interruzione delle relazioni personali e ritiro dall'intimità sessuale (perché il proprio corpo ricorda la finitezza), e disagio nel parlare di temi riguardanti la morte (soprattutto nel personale sanitario).

Infine, nel capitolo sono sati discussi i quattro principali trattamenti usati contro la paura della morte: psicoterapia, *mindfulness*, uso di sostanze psichedeliche e uso della realtà virtuale. La

psicoterapia riduce l'ansia di morte attraverso una fede rafforzata in un aldilà. La *mindfulness* riduce l'ansia attraverso esercizi in cui il paziente impara a dissociare la mente dal corpo. Anche i farmaci psichedelici hanno un impatto sulla dissociazione della mente dal corpo e possono causare un'esperienza mistica che allevia l'ansia di morte. Le esperienze di realtà virtuale riducono la tanatofobia grazie alla loro capacità di simulare una OBE (*out-of-body experience*) reale e di rafforzare la credenza in un aldilà. Gli studi dimostrano queste quattro terapie, al netto dei loro limiti, aiutano ad alleviare l'ansia di morte (soprattutto nel paziente malato grave o terminale), e che nessuna sembra avere un netto vantaggio sull'altra.

Il quarto capitolo prende in esame le diverse variabili che possono influire sul grado di ansia di morte, come le caratteristiche socio-demografiche, le caratteristiche personali, le variabili legate al benessere e quelle legate al disadattamento, i livelli di consapevolezza e i personali significati della morte. Per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche, una maggior paura della morte è riportata dalle donne, dai soggetti appartenenti a minoranze etniche, dai soggetti con un minor grado di istruzione, dagli operatori sanitari, dai soggetti con un basso status socio-economico e dai soggetti single, separati o vedovi; sull'età, i risultati degli studi sono contrastanti: alcuni affermano che la paura della morte aumenti con l'avanzare dell'età, altri riportano il contrario, altri ancora affermano che la paura della morte raggiunge il picco nella mezza età adulta, per poi diminuire con la vecchiaia.

Per quanto riguarda le variabili personali e legate alla personalità, la paura della morte è maggiore nelle persone con *locus of control* esterno, con una maggiore tendenza alla sensibilizzazione, che tendono ad aggrapparsi al passato evitando i pensieri sul futuro, la novità, la sperimentazione e il cambiamento, con una bassa autostima e umiltà, che tendono ad iper-reagire emotivamente (nevroticismo), che sono impulsive, estroverse e socievoli (estroversione) e che manifestano un comportamento di tipo A. Come per la variabile età, anche per la religione i risultati degli studi sono contrastanti. In generale, ci sono quattro teorie sulla relazione tra paura della morte e religiosità. Mentre la teoria del *buffering* e la teoria della gestione del terrore postulano una relazione negativa tra paura della morte e religiosità, la teoria dell'apprensione per la morte postula una relazione

positiva; invece, l'ipotesi della curvilinearità sostiene che la paura della morte è maggiore nei soggetti moderatamente religiosi (cioè con posizioni ambivalenti) e minore nei soggetti atei o estremamente religiosi. Questa curvilinearità nella relazione tra paura della morte e religiosità è ben visibile nel celebre film *Il Settimo Sigillo* di Bergman (1957). Il protagonista del film, il crociato Antonius Block, rappresenta l'uomo credente moderno, che alla fine della sua vita è pieno di dubbi circa la morte e l'aldilà; egli si ritrova a fare una partita a scacchi con la personificazione della Morte, sperando così di poter guadagnare tempo e di potersi salvare la vita. Ed è in questa sua speranza che si può comprendere come egli abbia paura della morte, evento che gli impedirebbe di avere risposta alle sue domande esistenziali (*Cosa c'è dopo la morte? Se esiste un Dio, perché non mi parla? Cosa accade a coloro che non hanno fede?*). Al contrario, lo scudiero Jöns rappresenta l'uomo ateo moderno, a cui non importa cosa accadrà quando la sua vita cesserà: egli non teme quindi la morte. C'è poi la moglie di Antonius Block, estremamente credente, che quando la Morte viene a prenderla accetta la sua fine senza timore, a conferma del fatto che una fede incrollabile nella religione si associa ad una minore paura della morte.

Per quanto riguarda le variabili legate al benessere, gli studi dimostrato che la paura della morte è maggiore in chi ha un minor senso di autoefficacia e in chi ha un minor senso di significato e scopo nella propria vita; sulla necessità di autorealizzazione, sebbene sembri logico ipotizzare che un maggior bisogno di autorealizzarsi sia legato a una maggiore ansia di morte, gli studi non hanno trovato dati a supporto di questa correlazione.

Sulle variabili legate al disadattamento, gli unici risultati significativi sono stati trovati dagli studi che hanno indagato la relazione tra paura della morte e suicidio: sembrerebbe che le persone con tendenze suicide temono meno la morte.

La paura della morte differisce in base al livello di consapevolezza: a livello consapevole verbale le persone negano di temere la morte, principalmente a causa della sua inevitabilità; a livello fantasmatico gli atteggiamenti sono più ambivalenti, in quanto la maggior parte delle persone riferisce

di avere pochi o rari pensieri sulla morte e riporta un atteggiamento più positivo nei confronti della stessa; a livello inconscio prevale un'intensa avversione e un forte terrore nei confronti della morte.

Per quanto riguarda i personali significati della morte, chi vede la morte come una forma di esistenza continua in un aldilà ha poca o nessuna paura della morte, a differenza di chi vede la morte come un'estinzione. Inoltre, personificare la morte come una figura macabra era associato ad un elevata ansia di morte.

Infine, il quinto e ultimo capitolo tratta la paura della morte nel periodo della pandemia da Coronavirus (Covid-19), che ha segnato in maniera indelebile tutti noi. Il Covid-19, soprattutto nella prima ondata, era associato a un'elevata morbilità e mortalità, e per questo si è ipotizzato potesse suscitare paura della morte. Effettivamente, gli studi esaminati in questo capitolo suggeriscono che l'ansia di morte generata dalla pandemia è trasversale: infatti, sono numerose le ricerche che hanno documentato la presenza di tale paura nella popolazione generale, sebbene ci siano poi alcune variabili che aggravano questa paura (per esempio, il genere, lo stato civile, l'occupazione o l'età). Nonostante questo trend, gli studi hanno dimostrato che ci sono alcune categorie che sono più a rischio di manifestare questa paura: (1) gli anziani, a causa della loro maggiore vulnerabilità, della solitudine e della vicinanza alla morte; (2) gli operatori sanitari, a causa del frequente contatto con pazienti Covid-19 e della continua esposizione alla mortalità; (3) professioni come le Forze dell'Ordine/Armate e gli assistenti sociali, che hanno svolto ruoli importanti in questa pandemia, mantenendo l'ordine e aiutando i più deboli; (4) i pazienti Covid-19, a causa dell'esperienza diretta della malattia, e i pazienti non-Covid-19, a causa della maggiore vulnerabilità per condizioni mediche pre-esistenti. Ad ogni modo, questa paura della morte dovuta alla pandemia che stiamo vivendo si può affrontare con varie strategie di *coping*, come il *self-talk*, l'auto-compassione, la positività, l'immaginazione guidata e i comportamenti religiosi. Oggi, rispetto a due anni fa, la situazione è diversa: a causa delle nuove varianti, il Covid-19 sta diventando più contagioso, ma meno pericoloso; infatti, stanno sempre più diminuendo le vittime di Coronavirus. È quindi probabile che in questo nuovo contesto di minor pericolosità del Covid-19, la paura della morte sia minore.

In conclusione, gli studi presi in esame in questo elaborato finale confermano l'idea che la paura della morte sia tra gli esseri umani un'emozione universale, che – seppur con alcune differenze e con diversi gradi di intensità – accompagna l'individuo dall'inizio alla fine della sua vita. Una compagna di viaggio sgradevole questa paura della morte: è sempre lì con noi, pronta a ricordarci la nostra finitezza, la nostra mortalità, il nostro non-essere eterni ma solo di passaggio su questa Terra. Ci verrebbe quasi da invidiare gli animali non umani, che sebbene mortali come noi e col nostro istinto di sopravvivenza, non hanno la consapevolezza che un giorno moriranno. Acciecati dal terrore della nostra finitezza, potremmo disperatamente cercare dei modi per sfuggire ad essa. Questi modi vengono proposti da Pievani nel suo libro *Finitudine* (2020), in cui immagina un dialogo tra lo scrittore Albert Camus e il biologo Jacques Monod, impegnati a scrivere un romanzo a quattro mani. Alcuni modi per eludere la mortalità vengono offerti dalla tecnica (si potrebbe sconfiggere la morte ibernandosi, creando una copia digitale di se stessi o un clone di se stessi), dal progresso (contribuendo al progresso sociale, civile o politico dell'umanità possiamo scalfire la morte, lasciando un ricordo indelebile di noi), dalla biologia (immortalità biologica dei geni: se abbiamo figli, l'informazione genetica non muore, ma si tramanda) e dalla palingenesi (è possibile che un giorno, dopo la nostra morte, gli atomi che hanno composto il nostro corpo si aggreghino di nuovo formando nuovamente il nostro corpo). Pievani commenta che la più grande limitazione di tutte queste opportunità (al di là di quelle pratiche e tecniche) è la perdita della nostra identità, del nostro Io: anche se riuscissimo a ibernarci, a clonarci (digitalmente o fisicamente), a lasciare un segno della nostra esistenza, a tramandare i nostri geni o a rinascere tramite palingenesi, non saremmo più noi, perché avremo perso la nostra identità, la nostra personalità, le nostre esperienze, i nostri ricordi e le nostre memorie; in sostanza, avremo perso il nostro Io. Sembra quindi che non ci sia scampo alla finitudine, se non al prezzo della nostra individualità. Attenzione però, perché questa irrealizzabile evasione dalla morte non deve generare in noi rassegnazione: come sostiene Pievani, non dobbiamo arrenderci alla morte, credendo che nulla sia degno di essere vissuto. Ritengo infatti che la paura della morte possa costituire per noi una forte spinta vitale, con almeno due vantaggi. In primo luogo, la paura

della morte fa parte del nostro istinto di sopravvivenza ed è ciò che ci fa rimanere 'vivi': senza questa consapevolezza, probabilmente saremmo avventati nelle nostre scelte e nelle nostre azioni, senza considerare le conseguenze dei nostri comportamenti rischiosi. In secondo luogo, la presa di coscienza sulla nostra mortalità è ciò che ci motiva a realizzare i nostri progetti di vita: sapendo che un giorno lasceremo questa terra, siamo più motivati a realizzarci dal punto di vista scolastico, lavorativo e relazionale. Tuttavia, il rovescio della medaglia è l'aumento della paura della morte stessa: come cantava De Andrè, '*Chi bene condusse sua vita, male sopporterà sua morte'* (*La Morte*, 1967). Inoltre, come sostiene Pievani, la certezza e l'indeterminatezza della finitudine sono necessarie. Se la morte non ci fosse più saremmo malati terminali a vita, le religioni andrebbero in crisi (senza la mortalità non c'è prospettiva di resurrezione), i costi sociali sarebbero insostenibili (l'aumento demografico comporterebbe l'aumento dei pezzi e l'intasamento di ospedali e case di riposo) e interi settori professionali andrebbero in crisi (agenzie di pompe funebri, assicurazioni…); inoltre, l'assenza della morte genererebbe noia, a causa dell'infinita ripetizione degli stessi gesti, e pigrizia, perché ci sarebbe tempo per fare tutto, e ogni cosa sarebbe rimandabile. Dall'altra parte, se la morte perdesse la sua indeterminatezza e sapessimo con anticipo il giorno esatto della nostra morte, andremmo nel panico e nello sconforto; alcuni opterebbero per la ribellione, suicidandosi, altri addottorerebbero un atteggiamento stoico, altri ancora si darebbero alla pazza gioia, cercando di soddisfare i più reconditi desideri.

Per concludere, mi sento di dire che indipendentemente dal fatto che dalla nostra finitezza non c'è scampo, non dovremmo crogiolarci nella paura della morte: si tratta di un'emozione del tutto normale e averne un po' è forse adattivo, perché ci trattiene dal mettere in atto comportamenti rischiosi e ci spinge a vivere a pieno la nostra vita. In altre parole, è come se la prospettiva della morte desse forma e colore alla nostra vita, una vita che vale assolutamente la pena essere vissuta, anche nella consapevolezza della nostra morte e nella paura che essa può generare.

Bibliografia

Abdel-Khalek, A. M. (1986). Death anxiety in Egyptian samples. *Personality and Individual Differences*, 7, 479–483.

Abdel-Khalek, A. M. (1991). Death anxiety among Lebanese samples. *Psychological Reports*, 68(3), 924-926E.

Abdel-Khalek, A. M. (1997). Death, anxiety, and depression. *Omega: Journal of Death and Dying*, 35, 219–229.

Abdel-Khalek, A. M. (1998a). The structure and measurement of death obsession. *Personality and individual differences*, 24(2), 159-165.

Abdel-Khalek, A. M. (1998b). Death anxiety before and after the Iraqi aggression among Kuwaiti undergraduates. *The Arabic Journal of Humanities*, 16, 8–52, Kuwait University.

Abdel-Khalek, A. M. (1998c). Death, anxiety, and depression in Lebanese undergraduates. *Omega: Journal of Death and Dying*, 37, 289–302

Abdel-Khalek, A. M. (2001). Death, anxiety, and depression in Kuwaiti undergraduates. *Omega: Journal of Death and Dying*, 42, 309–320.

Abdel-Khalek, A. M. (2004). Does war affect death anxiety level? Seven readings of measurements (1988–2002) before and after the Iraqi invasion of Kuwait. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 49(4), 287-297.

Abdel-Khalek, A. M. (2005). Death anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death studies*, 29(3), 251-259.

Abdel-Khalek, A. M., & Lester, D. (2003). Death obsession in Kuwaiti and American college students. *Death Studies*, 27, 541–553

Abdel-Khalek, A. M., & Tomás-Sábado, J. (2005). Anxiety and death anxiety in Egyptian and Spanish nursing students. *Death Studies*, 29, 157–169.

Abdel-Khalek, A., Beshai, J. A., & Templer, D. I. (1993). The structure of Templer's death anxiety scale among Egyptian students. *Psychological Reports*, 72(3), 920-922.

Abdollahi, A., Panahipour, H., Allen, K. A., & Hosseinian, S. (2019). Effects of death anxiety on perceived stress in individuals with multiple sclerosis and the role of self-transcendence. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222819880714.

Aday, R. H. (1985). Belief in afterlife and death anxiety: Correlates and comparisons. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 15(1)*, 67-75.

Agroskin, D., Jonas, E., Klackl, J., & Prentice, M. (2016). Inhibition underlies the effect of high need for closure on cultural closed-mindedness under mortality salience. *Frontiers in Psychology, 7*, 1583.

Alexander, I. E., & Adlerstein, A. M. (1958). Affective responses to the concept of death in a population of children and early adolescents. *The Journal of Genetic Psychology*, 93(2), 167-177.

Alexander, I. E., & Alderstein, A. M. (1959). Death and religion. In *The meaning of death*, ed. Herman Feifel, 271–283. New York: McGraw-Hill.

Alexander, I. E., & Alderstein, A. M. (1960). Studies in the psychology of death. In *Perspectives in Personality Research*, ed. H. P. David and J. C. Brengelmann. New York: Springer

Alexander, M., & Lester, D. (1972). Fear of death in parachute jumpers. *Perceptual and Motor Skills*.

Ali Far, E., & Nokani, M. (2013). Effectiveness of guided visualization and mental imagery in decreasing the symptoms of depression and increasing hopefulness among hemodialysis patients. *Thought and Behavior in Clinical Psychology, 7*(27), 81-90.

Allport, G. W. (1959). Religion and prejudice. *Crane review*, 2(1), 1-10.

Allport, G. W., & Ross, J. M. (1967). Personal religious orientation and prejudice. *Journal of Personality and Social Psychology, 5*, 432–443.

Alvarado, K. A., Templer, D. I., Bresler, C., & Thomas-Dobson, S. (1995). The relationship of religious variables to death depression and death anxiety. *Journal of clinical psychology*, *51*(2), 202-204.

Anderson, J. R. (2018). Chimpanzees and death. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 373(1754), 20170257.

Anderson, J. R. (2020). Responses to death and dying: primates and other mammals. *Primates*, 61(1), 1-7.

Anderson, J. R., Gillies, A., & Lock, L. C. (2010). Pan thanatology. *Current Biology*, 20(8), R349-R351.

Anthony, H. S. (1939). *A study of the development of the concept of death* (Doctoral dissertation, University of London).

Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. Jossey-bass.

Appleby, R., Smith, B., & Jones, D. (2013). Observations of a free-ranging adult female dingo (Canis dingo) and littermates' responses to the death of a pup. *Behavioural Processes*, 96, 42-46.

Aramesh, K. (2016). History of attitudes toward death: a comparative study between Persian and Western cultures. *Journal of medical ethics and history of medicine*, 9.

Ardelt, M. (2008). Wisdom, religiosity, purpose in life, and attitudes toward death. *International Journal of Existential Psychology & Psychotherapy*, 2, 1–10.

Ardelt, M., Landes, S. D., Gerlach, K. R., & Fox, L. P. (2013). Rediscovering internal strengths of the aged: The beneficial impact of wisdom, mastery, purpose in life, and spirituality on aging well. In J. D. Sinnott (Ed.), *Positive psychology: Advances in understanding adult motivation* (pp. 97–119). Springer Science + Business Media

Argyle, M., & Beit-Hallahmi, B. (1997). *The psychology of religious behaviour, belief and experience*. London: Routledge.

Ariès, P. (1975). *Western Attitudes toward Death: From the Middle Ages to the Present* (Vol. 3). JHU Press.

Armezzani, M., Grimaldi, F., Pezzullo, L. (2003). *Tecniche costruttiviste per la diagnosi psicologica*, McGraw-Hill, Milano

Arndt, J., Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Simon, L. (1997). Suppression, accessibility of death-related thoughts, and cultural worldview defense: Exploring the psychodynamics of terror management. *Journal of personality and social psychology*, 73(1), 5.

Arndt, J., Solomon, S., Kasser, T., & Sheldon, K. M. (2004). The urge to splurge: A terror management account of materialism and consumer behavior. *Journal of Consumer Psychology*, 14(3), 198-212.

Asghari Ebrahim Abad, M. J., Shirkhani, M., Mazloomzadeh, M., Maghsoudi, S., & Salayani, F. (2021). Relationship between fear of Coronavirus and death anxiety: Mediating role of behavioral inhibition system. Journal of Fundamentals of Mental Health, 23(3), 215-225.

Asmundson, G. J. G., & Taylor, S. (2020). Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *Journal of Anxiety Disorders, 70*.

Atreya, C. E., Kubo, A., Borno, H. T., Rosenthal, B., Campanella, M., Rettger, J. P., Joseph, G., Allen, I. E., Venook, A. P., Altschuler, A., & Dhruva, A. (2018). Being Present: A single-arm feasibility study of audio-based mindfulness meditation for colorectal cancer patients and caregivers. *PLoS ONE*, 13 (7), e0199423. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199423

Austin, E. A. (2009). Fear and death in Plato. Washington University in St. Louis.

Azaiza, F., Ron, P., Shoham, M., & Gigini, I. (2010). Death and dying anxiety among elderly Arab Muslims in Israel. *Death studies, 34*(4), 351-364.

Azimian, J., Alipour Heidary, M., & Ranjkesh, F. (2017). The effects of progressive muscle relaxation and guided imagery on gestational hypertension. *Complementary Medicine Journal, 7*(2), 1906-1917.

Bahrami, N., Moradi, M., Soleimani, M. A., Kalantari, Z., & Hosseini, F. (2013). Death anxiety and its relationship with quality of life in women with cancer. *Iran Journal of Nursing*, 26(82), 51-61.

Bahrami-Eyvanekey, Z., Ramezani-Badr, F., Amini, K., & Karimian, E. (2017). Comparison of the Effects of Guided Imagery and Progressive Muscle Relaxation on Quality of Life of Patients Undergoing the Coronary Artery Bypass Graft Surgery: A Randomized Clinical Trial. *Iranian Journal of Nursing Research, 12*(3), 7-15.

Bakshis, R., Correll, M., Duffy, M., Grupp, S. E., Hilliker, J., Howe, T., ... & Schmitt, R. L. (1974). "Meanings" toward Death: A TST Strategy. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 5*(2), 161-179.

Balcombe, J. P., Barnard, N. D., & Sandusky, C. (2004). Laboratory routines cause animal stress. Journal of the American Association for Laboratory Animal Science, 43(6), 42-51.

Baldwin, M. W., & Wesley, R. (1996). Effects of existential anxiety and self-esteem on the perception of others. *Basic and Applied Social Psychology, 18*, 75-95.

Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117–148.

Barberia, I., Oliva, R., Bourdin, P., & Slater, M. (2018). Virtual mortality and near-death experience after a prolonged exposure in a shared virtual reality may lead to positive life-attitude changes. *PloS one*, 13(11), e0203358.

Barboza, D. (2006). China turns out mummified bodies for displays. *New York Times*, *8*.

Barnard, L. K., & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology, 15*(4), 289-303.

Barnett, M. D., Anderson, E. A., & Marsden III, A. D. (2018). Is death anxiety more closely linked with optimism or pessimism among older adults?. Archives of Gerontology and Geriatrics, 77, 169-173.

Bascue, L. O. (1973). *A study of the relationship of time orientation and time attitudes to death anxiety in elderly people*. University of Maryland, College Park.

Bascue, L. O., & Lawrence, R. E. (1977). A study of subjective time and death anxiety in the elderly. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 8(1), 81-90.

Bassett, J. F. (2007). Psychological defenses against death anxiety: Integrating terror management theory and Firestone's separation theory. *Death Studies*, 31(8), 727-750.

Bassett, J. F., & Dabbs, Jr, J. M. (2003). *Evaluating explicit and implicit death attitudes in funeral and university students*. Mortality, 8(4), 352-371.

Bearzi, G., & Reggente, M. A. (2018). Epimeletic behavior. In Encyclopedia of marine mammals (pp. 337-338). Academic Press.

Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The Measurement of Pessimism: The Hopelessness Scale, *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, pp. 861-865.

Becker, E. (1973). *The Denial of Death*.

Beigler, J. S. (1957). Anxiety as an aid in the prognostication of impending death. AMA *Archives of Neurology & Psychiatry, 77*(2), 171-177.

Beit-Hallahmi, B. (2012). Fear of the dead, fear of death: is it biological or psychological?. Mortality, 17(4), 322-337.

Bell, B. D. (1975). The experimental manipulation of death attitudes: A preliminary investigation. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 6(3), 199-205.

Bengtson, V. L., Cuellar, J. B., & Ragan, P. K. (1977). Stratum contrast and similarities in attitudes toward death. *Journal of Gerontology*, 32, 78–88.

Bentall, R. P., Lloyd, A., Bennett, K., McKay, R., Mason, L., Murphy, J., ... & Shevlin, M. (2021). Pandemic buying: Testing a psychological model of over-purchasing and panic buying using data from the United Kingdom and the Republic of Ireland during the early phase of the COVID-19 pandemic. *PloS one, 1*6(1), e0246339.

Benton, J. P., Christopher, A. N., & Walter, M. I. (2007). Death anxiety as a function of aging anxiety. *Death Studies*, 31(4), 337-350.

Bercovitch, F. B. (2012). Giraffe cow reaction to the death of her newborn calf. African Journal of Ecology, 51(2), 376-379.

Bercovitch, F. B., & Berry, P. S. (2010). Ecological determinants of herd size in the Thornicroft's giraffe of Zambia. African Journal of Ecology, 48(4), 962-971.

Berek, J.S. (2007). *Berek & Novak's gynecology*. Translate to Persian by: Ghazijahani B, Zonuzi A, Bahrami N. Tehran: Golban pub, 471-501.

Berman, A. L., & Hays, J. E. (1973). Relation between death anxiety, belief in afterlife, and locus of control. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(2), 318.

Bezerra, B. M., Keasey, M. P., Schiel, N., & da Silva Souto, A. (2014). Responses towards a dying adult group member in a wild New World monkey. Primates, 55(2), 185-188.

Birgit, M., Tak, L. M., Rosmalen, J. G., & Voshaar, R. C. O. (2018). Death anxiety and its association with hypochondriasis and medically unexplained symptoms: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research, 115*, 58-65.

Biro, D., Humle, T., Koops, K., Sousa, C., Hayashi, M., & Matsuzawa, T. (2010). Chimpanzee mothers at Bossou, Guinea carry the mummified remains of their dead infants. Current Biology, 20(8), R351-R352.

Blazer, J. A. (1973). Relationship between meaning in life and fear of death. *Psychology, 10*(2), 33-34.

Blomstrom, M., Burns, A., Larriviere, D., & Penberthy, J. K. (2020). Addressing fear of death and dying: traditional and innovative interventions. *Mortality*, 1-20.

Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *The psychoanalytic study of the child*, 22(1), 162-186.

Blum, G. S. (1949). A study of the psychoanalytic theory of psychosexual development. *Genetic Psychology Monographs*.

Boesch, C. (1991). The effects of leopard predation on grouping patterns in forest chimpanzees. Behaviour, 220-242.

Bostan, S., Erdem, R., Öztürk, Y. E., Kılıç, T., & Yılmaz, A. (2020). The Effect of COVID-19 Pandemic on the Turkish Society. *Electronic Journal of General Medicine, 17*(6).

Boyar, J. I. (1964). *The construction and partial validation of a scale for the measurement of the fear of death* (Doctoral dissertation).

Boyd, D. K., Pletscher, D. H., & Brewster, W. G. (1993). Evidence of wolves, Canis lupus, burying dead wolf pups. Canadian Field-Naturalist, 107(2), 230-231.

Boyer, P. (2001). Religion explained: The evolutionary origins of religious thought. Basic books.

Bradshaw, G. A., Schore, A. N., Brown, J. L., Poole, J. H., & Moss, C. J. (2005). Elephant breakdown. Nature, 433(7028), 807-807.

Breen, R. (2010). May 9. Hippo canabilism? (Okavango Delta, Botswana) [Blog post]. Retrieved from http://roarafrica.blogspot.com/2010/05/hippo-canabilism-okavango-delta.html

Breitbart, W., Pessin, H., Rosenfeld, B., Applebaum, A. J., Lichtenthal, W. G., Li, Y., Saracino, R. M., Marziliano, A. M., Masterson, M., Tobias, K., & Fenn, N. (2018). Individual meaning-centered psychotherapy for the treatment of psychological and existential distress: A randomized controlled trial in patients with advanced cancer. *Cancer*, *124*(15), 3231–3239. https://doi.org/10.1002/cncr.31539

Brodman, K., Erdmann, A. J., & Wolff, H. G. (1956). *Cornell medical index health questionnaire: Manual*. Cornell University Medical College.

Bromberg, W., & Schilder, P. (1933). Death and dying: a comparative study of the attitudes and mental reactions toward death and dying. *Psychoanalytic Review*, 20(2), 133-185.

Brudek, P., Sekowski, M. (2019). Wisdom as the mediator in the relationships between meaning in life and attitude towards death. *Omega: Journal of Death and Dying. Advance online publication*. https://doi.org/10.1177/0030222819837778.

Buhl, J. S., Aure, B., Ruiz-Lambides, A., Gonzalez-Martinez, J., Platt, M. L., & Brent, L. J. (2012). Response of rhesus macaques (Macaca mulatta) to the body of a group member that died from a fatal attack. International journal of primatology, 33(4), 860-871.

Burke, B. L., Martens, A., & Faucher, E. H. (2010). Two decades of terror management theory: A meta-analysis of mortality salience research. *Personality and Social Psychology Review*, 14(2), 155-195.

Bushman, B. J., & Baumeister, R. F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Joumal of Personality and Social Psychology, 75*, 219-229.

Butler, R. N. (1963). The life review: An interpretation of reminiscence in the aged. *Psychiatry*, 26(1), 65-76.

Byrne, D. (1961). The repression-sensitization scale: Rationale, reliability, and validity. Journal of personality.

Byrne, D. (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. *Progress in experimental personality research*, 72, 169-220.

Byrne, D., Barry, J., & Nelson, D. (1963). Relation of the revised Repression-Sensitization Scale to measures of self-description. Psychological Reports, 13(2), 323-334.

Çağlar, A., & Kaçer, İ. (2022). Anxiety levels in patients admitted to the emergency department with myocardial infarction or COVID-19 pneumonia. *Psychology, Health & Medicine, 27*(1), 228-236.

Campbell, L. A., Tkaczynski, P. J., Mouna, M., Qarro, M., Waterman, J., & Majolo, B. (2016). Behavioral responses to injury and death in wild Barbary macaques (Macaca sylvanus). Primates, 57(3), 309-315.

Campbell-Sills, L., Liverant, G. I., & Brown, T. A. (2004). Psychometric evaluation of the behavioral inhibition/behavioral activation scales in a large sample of outpatients with anxiety and mood disorders. *Psychological assessment, 16*(3), 244.

Cappon, D. (1962). Attitudes of and towards the dying. Canadian Medical Association Journal, 87(13), 693.

Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G., ... & Abela, J. (2012). The positivity scale. *Psychological assessment, 24*(3), 701.

Caprio, F. S. (1946). Ethnological attitudes toward death; a psychoanalytic evaluation. *Journal of clinical and experimental psychopathology, 7,* 737-752.

Carlson, L. E., Angen, M., Cullum, J., Goodey, E., Koopmans, J., Lamont, L., MacRae, J. H., Martin, M., Pelletier, G., Robinson, J., Simpson, J. S. A., Speca, M., Tillotson, L., & Bultz, B. D. (2004). High levels of untreated distress and fatigue in cancer patients. *British Journal of Cancer*, 90(12), 2297–2304. https://doi.org/10.1038/sj.bjc.6601887

Carpenito-Moyet, L. J. (2008). *Handbook of nursing diagnosis*. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins

Carter, K. (2011). Interesting giraffe behavior in Etosha National Park. Giraffa Newsl, 5(14), 1004-15.

Catania, J. A., Turner, H. A., Choi, K. H., & Coates, T. J. (1992). Coping with death anxiety: Help-seeking and social support among gay men with various HIV diagnoses. *AIDS*, 6, 1037–1038.

Chan, L. C., & Yap, C. C. (2009). Age, gender, and religiosity as related to death anxiety. *Sunway Academic Journal, 6,* 1-16.

Chen, X., Liu, T., Li, P., Wei, W., & Chao, M. (2020). The relationship between media involvement and death anxiety of self-quarantined people in the covid-19 outbreak in China: the mediating roles of empathy and sympathy. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 0030222820960283.

Chen, Y. C., Del Ben, K. S., Fortson, B. L., & Lewis, J. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*, 30(10), 919-929.

Chevalier-Skolnikoff, S., & Liska, J. O. (1993). Tool use by wild and captive elephants. Animal Behaviour, 46(2), 209-219.

Chodkiewicz, J., Miniszewska, J., Krajewska, E., & Biliński, P. (2021). Mental Health during the Second Wave of the COVID-19 Pandemic—Polish Studies. *International journal of environmental research and public health*, *18*(7), 3423.

Chopik, W. J. (2017). Death across the lifespan: Age differences in death-related thoughts and anxiety. *Death studies*, 41(2), 69-77.

Choron, J. (1963). *Death and Western thought*.

Choron, J. (1964). *Modern man and mortality*.

Christ, A. E. (1961). Attitudes toward death among a group of acute geriatric psychiatric patients. *Journal of Gerontology*, *16(1),* 56-60.

Christian, J. L. (1981). *Philosophy: An introduction to the art of wondering*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Cicirelli, V. (2004). God as the ultimate attachment figure for older adults. *Attachment & Human Development, 6*(4), 371-388.

Cicirelli, V. G. (1998). Personal meanings of death in relation to fear of death. Death studies, 22(8), 713-733.

Cicirelli, V. G. (1999). Personality and demographic factors in older adults' fear of death. *The Gerontologist, 39(5),* 569-579.

Cicirelli, V. G. (2002). Fear of death in older adults: Predictions from terror management theory. The *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 57*(4), 358-366.

Cicirelli, V. G. (2006). Fear of death in mid-old age. *Journal of Gerontology*, 61, 75–81.

Claxton-Oldfield, S., Crain, M., & Claxton-Oldfield, J. (2007). Death anxiety and death competency: the impact of a palliative care volunteer training program. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 23(6), 464-468.

Cohen, A. B., & Hall, D. E. (2009). Existential beliefs, social satisfaction, and well-being among Catholic, Jewish, and Protestant older adults. I*nternational Journal for the Psychology of Religion*, 19(1), 39-54.

Cohen, A. B., Pierce Jr, J. D., Chambers, J., Meade, R., Gorvine, B. J., & Koenig, H. G. (2005). Intrinsic and extrinsic religiosity, belief in the afterlife, death anxiety, and life satisfaction in young Catholics and Protestants. *Journal of Research in Personality, 39*(3), 307-324.

Colarusso, C. A. (2014). Fear of death. In S. Akhtar (Ed.). *Fear: A dark shadow across our life span* (pp. 169–190). Karnac.

Cole, M. A. (1978). Sex and marital status differences in death anxiety. *Omega*, *9*, 139-147

Collett, L. J., & Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *The Journal of Psychology*, 72(2), 179-181.

Collins, R. L., Taylor, S. E., & Skokan, L. A. (1990). A better world or a shattered vision? Changes in life perspectives following victimization. *Social cognition*, 8(3), 263-285.

Conklin, B. A. (2001). *Consuming grief: compassionate cannibalism in an Amazonian society*. University of Texas Press.

Conte, H. R., Weiner, M. B., & Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, psychometric, and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology, 43*, 775-785.

Corey, L. G. (1961). An analogue of resistance to death awareness. *Journals of Gerontology*, 16(1), 59-66.

Cotter, R. P. (2001). High-risk behaviors in adolescence and their relationship to death anxiety and death personifications. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 61*, 4446.

Cotter, R. P. (2003). High risk behaviors in adolescence and their relationship to death anxiety and death personifications. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 47*(2), 119-137.

Craib, I. (2003). Fear, death and sociology. Mortality, 8(3), 285-295.

Crocker, J., Thompson, L. L., McGraw, K. M., & Ingerman, C. (1987). Downward comparison, prejudice, and evaluations of others: Effects of self-esteem and threat. *Joumal of Personality and Social Psychology, 52*, 907-916.

Cronin, K. A., Van Leeuwen, E. J., Mulenga, I. C., & Bodamer, M. D. (2011). Behavioral response of a chimpanzee mother toward her dead infant.

Csaba, X. (2017). September 21. Hippo protects carcass from hungry hyenas [Video File]. Retrieved from https://www.newsflare.com/video/152993/animals/hippo-protects-carcass-from-hungry-hyenas

Curșeu, P. L., Coman, A. D., Panchenko, A., Fodor, O. C., & Rațiu, L. (2021). Death anxiety, death reflection and interpersonal communication as predictors of social distance towards people infected with COVID 19. *Current Psychology*, 1-14.

Damirchi, E. S., Mojarrad, A., Pireinaladin, S., & Grjibovski, A. M. (2020). The role of self-talk in predicting death anxiety, obsessive-compulsive disorder, and coping strategies in the face of coronavirus disease (COVID-19). *Iranian journal of psychiatry*, 15(3), 182.

Dattel, A. R., & Neimeyer, R. A. (1990). Sex differences in death anxiety: Testing the emotional expressiveness hypothesis. *Death studies, 14(1)*, 1-11.

Davies, D. (2017). *Death, ritual and belief: The rhetoric of funerary rites*. Bloomsbury Publishing.

Davis, J. (1984). *Attitude toward death and dying a construct validity study with a clinical perspective*. Theses Digitization Project. 213.

Davis, S. F., Bremer, S. A., Anderson, B. J., & Tramill, J. L. (1983). The interrelationships of ego strength, self-esteem, death anxiety, and gender in undergraduate college students. *Journal of General Psychology, 108*, 55759.

Davis, S. F., Martin, D. A., Wilee, C. T., & Voorhees, J. W. (1978). Relationship of fear of death and level of self-esteem in college students. *Psychological Reports, 42*, 419-422.

Deffner, J. M., & Bell, S. K. (2005). Nurses' death anxiety, comfort level during communication with patients and families regarding death, and exposure to communication education: a quantitative study. *Journal for nurses in professional development*, 21(1), 19-23.

Defleur, A., White, T., Valensi, P., Slimak, L., & Cregut-Bonnoure, E. (1999). Neanderthal cannibalism at moula-guercy, ardèche, France. *Science*, *286*(5437), 128-131.

DePaola, S. J., Griffin, M., Young, J. R., & Neimeyer, R. A. (2003). Death anxiety and attitudes towardthe elderly among older adults: The Role of gender and ethnicity. *Death studies*, 27(4), 335-354.

DePaola, S. J., Neimeyer, R. A., Lupfer, M. B., & Fiedler, J. (1992). Death concern and attitudes toward the elderly in nursing home personnel. *Death Studies*, 16(6), 537-555.

Deretić, I. (2020). Socrates facing death in the apology. Theoria, Beograd, 63(2), 5-16.

Descartes, R. (1984). The Philosophical Writings of Descartes: Volume 2 (Vol. 2). Cambridge University Press.

Devins, G. M. (1979). Death anxiety and voluntary passive euthanasia: Influences of proximity to death and experiences with death in important other persons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 301.

Dezutter, J., Soenens, B., Luyckx, K., Bruyneel, S., Vansteenkiste, M., Duriez, B., & Hutsebaut, D. (2008). The role of religion in death attitudes: Distinguishing between religious belief and style of processing religious contents. *Death studies, 33*(1), 73-92.

Dickinson, G. E., & Hoffmann, H. C. (2016). The difference between dead and away: An exploratory study of behavior change during companion animal euthanasia. Journal of Veterinary Behavior, 15, 61-65.

Dickinson, J. L., & Chu, M. (2007). Animal Funerals: Do Magpies Express Grief?. BirdScope, 21, 1.

Dickstein, E. (1977). Self and self-esteem: Theoretical foundations and their implications for research. *Human development*, 20(3), 129-140.

Dickstein, L. S. (1972). Death concern: Measurement and correlates. *Psychological Reports*, 30(2), 563-571.

Dickstein, L. S. (1978). Attitudes toward death, anxiety, and social desirability. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 8(4), 369-378.

Dickstein, L. S., & Blatt, S. J. (1966). Death concern, futurity, and anticipation. *Journal of consulting psychology*, *30*(1), 11.

Diggory, J. C., & Rothman, D. Z. (1961). Values destroyed by death. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(1), 205.

Dittmann-Kohli, F., & Baltes, P. B. (1990). Toward a neofunctionalist conception of adult intellectual development: Wisdom as a prototypical case of intellectual growth. In *Higher stages of human development: Perspectives on adult growth* (pp. 54-78). Oxford University Press.

Dodd, D. K., & Mills, L. L. (1985). FADIS: A measure of the fear of accidental death and injury. *Psychological Record*, *35*, 269-275

Dolto, F., Hivernel, F., & Sinclair, F. (2018). *Psychoanalysis and paediatrics: Key psychoanalytic concepts with sixteen clinical observations of children*. Routledge.

Donaldson, P. J. (1973). Denying death: A note regarding some ambiguities in the current discussion. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 3*(4), 285-290.

Dorward, L. (2015). New record of cannibalism in the common hippo, Hippopotamus amphibius (Linnaeus, 1758). African Journal of Ecology, 53(3).

Dosa, D. M. (2007). A day in the life of Oscar the cat. New England Journal of Medicine, 357(4), 328.

Dosa, D. M. (2010). Making rounds with Oscar: The extraordinary gift of an ordinary cat. Hachette Books.

Douglas Hamilton, I., & Douglas Hamilton, O. (1975). Among the Elephants, New York (The Viking Press), 1975.

Douglas-Hamilton, I., Bhalla, S., Wittemyer, G., & Vollrath, F. (2006). Behavioural reactions of elephants towards a dying and deceased matriarch. Applied Animal Behaviour Science, 100(1-2), 87-102.

Downey, A. M. (1984). Relationship of religiosity to death anxiety of middle-aged males. *Psychological Reports, 54*(3), 811-822.

Drolet, J. L. (1990). Transcending death during early adulthood: Symbolic immortality, death anxiety, and purpose in life. *Journal of clinical psychology*, 46(2), 148-160.

Ducasse, C. J. (1962). A Critical Examination of the Belief in a Life after Death. *British Journal for the Philosophy of Science, 13*(51).

Dumont, R. G. (1972). *The American View of Death: Acceptance Or Denial?: By Richard G. Dumont and Dennis C. Foss.* Schenkman.

Durlak, J. A. (1972a). Measurement of the fear of death: an examination of some existing scales. *Journal of Clinical Psychology*.

Durlak, J. A. (1972b). Relationship between Attitudes Toward Life and Death Among Elderly Women, *Developmental Psychology*, 8, p. 146.

Durlak, J. A. (1972c). Relationship between Individual Attitudes Toward Life and Death, Journal of *Consulting and Clinical Psychology*, 39, p. 463.

Durlak, J. A. (1979). Comparison between experiential and didactic methods of death education. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 9(1), 57-66.

Durlak, J. A., & Kass, R. A. (1982). Clarifying the measurement of death attitudes: A factor analytic evaluation of fifteen self-report death scales. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 12(2), 129-141.

Durlak, J. A., Horn, W., & Kass, R. A. (1990). A self-administering assessment of personal meanings of death: Report on the revised Twenty Statements Test. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 21*(4), 301-309.

Edmondson, D., Park, C. L., Chaudoir, S. R., & Wortmann, J. H. (2008). Death without God: Religious struggle, death concerns, and depression in the terminally iII. *Psychological Science, 19*(8), 754-758.

Edwards, A. L. (1959). Edwards personal preference schedule.

Edwards, A. L. (1983). Techniques of attitude scale construction. *Ardent Media*.

Eliade, M. (1996). *Patterns in comparative religion*. University of Nebraska Press.

Ellis, L., & Wahab, E. A. (2013). Religiosity and fear of death: A theory-oriented review of the empirical literature. *Review of Religious Research, 55(1)*, 149-189.

Ellis, L., Wahab, E. A., & Ratnasingan, M. (2013). Religiosity and fear of death: a three-nation comparison. *Mental Health, Religion & Culture, 16*(2), 179-199.

Emanuel, E. J., Fairclough, D. L., Wolfe, P., & Emanuel, L. L. (2004). Talking with terminally ill patients and their caregivers about death, dying, and bereavement: is it stressful? Is it helpful?. *Archives of internal medicine*, 164(18), 1999-2004.

Engh, A. L., Beehner, J. C., Bergman, T. J., Whitten, P. L., Hoffmeier, R. R., Seyfarth, R. M., & Cheney, D. L. (2006). Behavioural and hormonal responses to predation in female chacma baboons (Papio hamadryas ursinus). Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences, 273(1587), 707-712.

Ens, C., & Bond Jr, J. B. (2005). Death anxiety and personal growth in adolescents experiencing the death of a grandparent. *Death Studies*, 29(2), 171-178.

Ens, C., & Bond Jr, J. B. (2007). Death anxiety in adolescents: The contributions of bereavement and religiosity. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 55*(3), 169-184.

Epicurus, B. (2004). Letter to Menoeceus (p. 45). University of Adelaide Library.

Epstein, S. (1980). The self-concept: A review and the proposal of an integrated theory of personality. *Personality: Basic aspects and current research*, *81132*.

Epting, F. R., Rainey, L. C., & Weiss, M. J. (1979). Constructions of death and levels of death fear. *Death Studies*, 3(1), 21-30.

Erikson, E. H. (1950). Childhood and society.

Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: selected papers.

Erikson, E. H. (1968). Identity: Youth and crisis (No. 7). WW Norton & company.

Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). The life cycle completed (extended version). WW Norton & Company.

Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1989). Vital involvement in old age.

Esman, A. H. (1954). A case of self-castration. The *Journal of nervous and mental disease*, 120(1), 79-84.

Eysenck, H. J., & Wilson, G. D. (Eds.). (2013). *The Experimental Study of Freudian Theories (Psychology Revivals)*. Routledge.

Farber, S. K., Jackson, C. C., Tabin, J. K., & Bachar, E. (2007). Death and annihilation anxieties in anorexia nervosa, bulimia, and self-mutilation. *Psychoanalytic psychology*, 24(2), 289.

Farley, G. (1971). An investigation of death and the sense of competence. Dissertation Abstracts International, 31, 7595.

Fashing, P. J., Nguyen, N., Barry, T. S., Goodale, C. B., Burke, R. J., Jones, S. C. z., Kerby JT, Lee L. M., Nurmi N. O., & Venkataraman, V. V. (2011). Death among geladas (Theropithecus gelada): a broader perspective on mummified infants and primate thanatology.

Feifel, H. (1955). Attitudes of mentally ill patients toward death. *Journal of Nervous and Mental Disease*.

Feifel, H. (1956). Older Persons Look at Death, *Geriatrics, 11*, pp. 127-130.

Feifel, H. (1969). Attitudes toward death: A psychological perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 33*, 292–295.

Feifel, H. (1974). Religious conviction and fear of death among the healthy and the terminally ill. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 353-360.

Feifel, H. E. (1959). *The meaning of death*.

Feifel, H., & Branscomb, A. B. (1973). Who's afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology, 81*, 282–288.

Feifel, H., & Hermann, L. J. (1973). Fear of death in the mentally ill. *Psychological Reports, 33*, 931–938.

Feifel, H., & Jones, R. (1968). Perception of death as related to nearness to death. In *Proceedings of the 76th Annual Convention of the American Psychological Association* (Vol. 3, pp. 545-546).

Feifel, H., Freilich, J., & Hermann, L. J. (1973). Death fear in dying heart and cancer patients. *Journal of Psychosomatic Research, 17*, 161–166.

Feifel, H., Hanson, S., Jones, R. A., & Edwards, L. (1967). Physicians consider death. In *American Psychologist* (Vol. 22, No. 7, p. 561). American psychological Association.

Feldman, M. J., & Hersen, M. (1967). Attitudes toward death in nightmare subjects. *Journal of Abnormal Psychology, 72*(5p1), 421.

Fernandez, M. (2006, October 8). Before the heart of a saint, prayers of strength and grace. *The New York Times,* p. 41.

Fernandez-Jalvo, Y., Carlos Díez, J., & Rosell, J. (1999). Human cannibalism in the Early Pleistocene of Europe (Gran Dolina, Sierra de Atapuerca, Burgos, Spain). *Journal of human evolution*, *37*(3-4), 591-622.

Firestone, R. W. (1993). Individual defenses against death anxiety. *Death Studies*, 17(6), 497-515.

Firestone, R. W. (1994). Psychological defenses against death anxiety. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, 217-241.

Firestone, R., & Catlett, J. (2009). Beyond death anxiety: Achieving life-affirming death awareness. *Springer Publishing Company*.

Fishman, S. (1992). Relationships among an older adult's life review, ego integrity, and death anxiety. *International Psychogeriatrics*, 4(4), 267-277.

Fleming, S. J. (1977). Perceptual defensiveness and death anxiety. *Psychological reports, 41*(2), 391-396.

Florian, V., & Har-Even, D. (1984). Fear of personal death: The effects of sex and religious belief. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *14*(1), 83-91.

Florian, V., & Kravetz, S. (1983). Fear of personal death: Attribution, structure, and relation to religious belief. *Journal of personality and social psychology*, 44(3), 600.

Florian, V., & Mikulincer, M. (1993). The impact of death-risk experiences and religiosity on the fear of personal death: The case of Israeli soldiers in Lebanon. *Omega-Journal of Death and Dying, 26*(2), 101-111.

Florian, V., & Mikulincer, M. (1997). Fear of death and the judgment of social transgressions: a multidimensional test of terror management theory. *Journal of personality and social psychology,* 73(2), 369.

Florian, V., & Mikulincer, M. (1998). Symbolic immortality and the management of the terror of death: The moderating role of attachment style. Journal of Personality and Social Psychology, 74(3), 725.

Floyd, M., Coulon, C., Yanez, A. P., & Lasota, M. T. (2005). The existential effects of traumatic experiences: A survey of young adults. *Death Studies*, 29, 55–63.

Fodor, N. (1947). Varieties of castration. *American Imago*, 4(3), 32-48.

Ford, R. E., Alexander, M., & Lester, D. (1971). Fear of death of those in a high stress occupation. *Psychological reports, 29(2)*, 502-502.

Fortner, B.V., & Neimeyer, R. A. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies, 23*, 3877407

Fortner, B.V., Neimeyer, R. A., & Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. In A. Tomer (Ed.), *Death attitudes and the older adult* (pp. 95-108). New York: Brunner Routledge.

Fox, M. (2007). Dog body, dog mind: Exploring canine consciousness and total well-being. Rowman & Littlefield.

Franken, I. H., & Muris, P. (2006). BIS/BAS personality characteristics and college students' substance use. *Personality and Individual Differences, 40*(7), 1497-1503.

Frankl, V. E. (1955). *The doctor and the soul. An introduction to logotherapy*.

Frankl, V. E. (1985). Man's search for meaning. *Simon and Schuster*.

Frazier, P. H., & Foss-Goodman, D. (1989). Death anxiety and personality: Are they truly related? *OMEGA-Journal of death and dying*, 19(3), 265-274.

Freedman, R. (2010). Abrupt withdrawal of antidepressant treatment. *American journal of psychiatry*, 167(8), 886-888.

Freud, S. (1907). Obsessive Actions and Religious Practices. SE, 9, 117-127.

Freud, S. (1930). Civilization and its discontents.

Freud, S. (1956). Our Attitude Toward Death (1915). *Collected Papers*, Vol. 4. London: Hogarth

Freud, S. (1957). Thoughts for the times on war and death. *In The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XIV (1914-1916): On the History of the Psycho-Analytic Movement, Papers on Metapsychology and Other Works (pp. 273-300).*

Freud, S. (1959). Mouring and Melancholia (1917). *Collected Papers*, Vol. 4., New York: Basic Books

Freud, S., & Brill, A. A. (1900). The Interpretation of Dreams. *Journal of Philosophy, Psychology and Scientific Methods*, 10(20).

Friedman, M., & Rholes, W. S. (2007). Successfully challenging fundamentalist beliefs results in increased death awareness. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43(5), 794-801.

Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge University Press.

Fry, P. S. (2003). Perceived self-efficacy domains as predictors of fear of the unknown and fear of dying among older adults. *Psychology and aging, 18*(3), 474.

Fuller, A. R. (1994). *Psychology and religion: Eight points of view (3rd ed.).* Lanham, MD: Littlefield Adams.

Gailliot, M. T., Schmeichel, B. J., & Baumeister, R. F. (2006). Self-regulatory processes defend against the threat of death: Effects of self-control depletion and trait self-control on thoughts and fears of dying. *Journal of personality and social psychology*, 91(1), 49.

Gasser, P., Holstein, D., Michel, Y., Doblin, R., Yazar-Klosinski, B., Passie, T., & Brenneisen, R. (2014). Safety and efficacy of lysergic acid diethylamide-assisted psychotherapy for anxiety associated with life-threatening diseases. *The Journal of nervous and mental disease*, 202(7), 513.

Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of clinical psychology, 69*(8), 856-867.

Gershberg, M. S., Heesacker, M., Prichard, S., & Epting, F. R. (1991). The Role of Concerns about the Dying Process in the Measurement of Death Threat

Gesser, G., Wong, P. T., & Reker, G. T. (1988). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega-Journal of Death and Dying*, 18(2), 113-128.

Gilbar, O., Steiner, M., & Atad, J. (1995). Adjustment of married couples and unmarried women to gynaecological cancer. *Psycho-Oncology*, 4(3), 203-211.

Gilliland, J. C., & Templer, D. I. (1986). Relationship of death anxiety scale factors to subjective states. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 16(2), 155-167.

Gjesme, T. (1983). On the concept of future time orientation: Considerations of some functions' and measurements' implications. *International journal of psychology, 18*(1-4), 443-461.

Goebel, B. L. & Boeck, B. E. (1987). Ego integrity and fear of death: A comparison of institutionalized and independently living older adults. *Death Studies, 11*, 193–204.

Gokdemir, O., Pak, H., Bakola, M., Bhattacharya, S., Hoedebecke, K., & Jelastopulu, E. (2020). Family Physicians' Knowledge about and Attitudes towards COVID-19 – A Cross-sectional Multicentric Study. *Infection & Chemotherapy, 52*(4), 539.

Goldenberg, J. L., Hart, J., Pyszczynski, T., Warnica, G. M., Landau, M., & Thomas, L. (2006). Ambivalence toward the body: Death, neuroticism, and the flight from physical sensation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(9), 1264-1277.

Goldenberg, J. L., McCoy, S. K., Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (2000). The body as a source of self-esteem: The effect of mortality salience on identification with one's body, interest in sex, and appearance monitoring. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 118-130.

Goldenberg, J. L., Pyszczynski, T., Greenberg, J., & Solomon, S. (2000). Fleeing the body: A terror management perspective on the problem of human corporeality. *Personality and social psychology review, 4*(3), 200-218.

Goldenberg, S. Z., & Wittemyer, G. (2020). Elephant behavior toward the dead: A review and insights from field observations. Primates, 61(1), 119-128.

Golding, S. L., Atwood, G. E., & Goodman, R. A. (1966). *Anxiety and two cognitive forms of resistance to the idea of death. Psychological Reports, 18*(2), 359-364.

Gonçalves, A., & Biro, D. (2018). Comparative thanatology, an integrative approach: exploring sensory/cognitive aspects of death recognition in vertebrates and invertebrates. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 373(1754), 20170263.

Gould, R. L. (1978). Transformations: Growth and change in adult life. *Simon & Schuster*.

Gray, J. A. (1978). The neuropsychology of anxiety. *British Journal of Psychology, 69*(4), 417.

Gray, J. A. (1985). The neuropsychology of anxiety. *Issues in Mental Health Nursing*, 7, 201–222

Greenberg, I. M. (1964). Attitudes toward death in schizophrenia. *Journal of the Hillside Hospital, 13*, 104-113.

Greenberg, J., & Arndt, J. (2011). Terror management theory. *Handbook of theories of social psychology*, 1, 398-415.

Greenberg, J., Koole, S. L., & Pyszczynski, T. A. (Eds.). (2004). *Handbook of experimental existential psychology*. Guilford Press.

Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (1986). The causes and consequences of a need for self-esteem: A terror management theory. In *Public self and private self* (pp. 189-212). Springer, New York, NY.

Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., Simon, L., & Breus, M. (1994). Role of consciousness and accessibility of death-related thoughts in mortality salience effects. *Journal of personality and social psychology*, 67(4), 627.

Greenberg, J., Simon, L., Pyszczynski, T., Solomon, S., & Chatel, D. (1992). Terror management and tolerance: Does mortality salience always intensify negative reactions to others who threaten one's worldview?. *Journal of personality and social psychology*, 63(2), 212.

Greenberg, J., Solomon, S., & Pyszczynski, T. (1997). Terror management theory of self-esteem and cultural worldviews: Empirical assessments and conceptual refinements. In M. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 29, pp. 61–141). San Diego: Academic Press

Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., & Simon, L. (1992). Assessing the terror management analysis of self-esteem: Converging evidence of an anxiety-buffering function. *Journal of personality and social psychology*, 63(6), 913-922.

Greenberg, J., Solomon, S., Pyszczynski, T., Rosenblatt, A., Burling, J., Lyon, D., ... & Pinel, E. (1992). Why do people need self-esteem? Converging evidence that self-esteem serves an anxiety-buffering function. *Journal of personality and social psychology, 63*(6), 913.

Greenwald, A. G. (1980). The totalitarian ego: Fabrication and revision of personal history. *American psychologist*, 35(7), 603.

Greenwald, A. G., & Farnham, S. D. (2000). Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*, 1022-1038.

Grifths, R. R., Johnson, M. W., Carducci, M. A., Umbricht, A., Richards, W. A., Richards, B. D., Cosimano, M. P., & Klinedinst, M. A. (2016). Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *Journal of Psychopharmacology*, 30(12), 1181–1197. https://doi.org/10.1177/0269881116675513

Grob, C. S., Danforth, A. L., Chopra, G. S., Hagerty, M., McKay, C. R., Halberstadt, A. L., & Greer, G. R. (2010). Psilocybin treatment in advanced-stage cancer patients with anxiety. *Archives of General Psychiatry*, 68(1), 71–78. https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.116

Grossman, C. H., Brooker, J., Michael, N., & Kissane, D. (2018). Death anxiety interventions in patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative Medicine*, 32(1), 172-184.

Gullone, E. (2000). The development of normal fear: A century of research. *Clinical psychology review*, 20(4), 429-451.

Guner, T. A., Erdogan, Z., & Demir, I. (2021). The Effect of Loneliness on Death Anxiety in the Elderly During the COVID-19 Pandemic. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 00302228211010587.

Habiboğlu, Ö., Çelik, Z., & Bölükbaşı, Y. (2021). Research of consumers' online shopping attitudes and intentions, based on fear of coronavirus (Covid-19) and death anxiety.

Hamama-Raz, Y., Solomon, Z., & Ohry, A. (2000). Fear of personal death among physicians. OMEGA-Journal of Death and Dying, 41(2), 139-149.

Handal, P. J. (1969). The relationship between subjective life expectancy, death anxiety and general anxiety. *Journal of Clinical Psychology*.

Handal, P. J., & Rychlak, J. F. (1971). Curvilinearity between dream content and death anxiety and the relationship of death anxiety to repression-sensitization. *Journal of Abnormal Psychology, 77*(1), 11.

Harding, S. R., Flannelly, K. J., Weaver, A. J., & Costa, K. G. (2005). The influence of religion on death anxiety and death acceptance. *Mental Health, Religion & Culture*, 8(4), 253-261.

Harmon-Jones, E., Simon, L., Greenberg, J., Pyszczynski, T., Solomon, S., & McGregor, H. (1997). Terror management theory and self-esteem: Evidence that increased self-esteem reduces mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology, 72*, 24-36.

Harris, S. A. (2014). April 7. Heartbreaking moment a mother hippo realises her baby is dead. Express. Retrieved from https://www.express.co.uk/news/nature/469120/Heartbreaking-moment-a-mother-hippo-realises-her-baby-is-dead

Harthoorn, A. M. (1970). The flying syringe. Ten years of immobilising wild animals in Africa. The flying syringe. Ten years of immobilising wild animals in Africa.

Hayes, J., Schimel, J., Faucher, E. H., & Williams, T. J. (2008). Evidence for the DTA hypothesis II: Threatening self-esteem increases death thought accessibility. *Journal of Experimental Social Psychology, 44*, 600-613.

Hays, C. H. (1974). Reliability and Validity of the Threat Index and Presentation of the Short Form, unpublished senior honors thesis, University of Florida

Hayslip Jr, B., & Stewart-Bussey, D. (1987). Locus of control-levels of death anxiety relationships. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 17(1), 41-50.

Hebb, D. O. (1946). On the nature of fear. *Psychological review*, *53*(5), 259.

Hendricks, J., & Leedham, C. A. (1980). Creating psychological and societal perspectives in old age. *Psychological perspectives on helplessness and control in the elderly*, 369-394.

Hersen, M. (1971). Personality Characteristics of Nightmare Subjects, *Journal of Nervous and Mental Disease, 53*, pp. 27-31

Hertz, R. (2016). *A Contribution to a Study of the Collective Representation of Death* (pp. 109-180). Routledge.

Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological review*, 94(3), 319.

Hirschberger, G., Florian, V., & Mikulincer, M. (2005). Fear and Compassion: A Terror Management Analysis of Emotional Reactions to Physical Disability. *Rehabilitation psychology*, 50(3), 246.

Hoelter, J. W. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(5), 996.

Hoelter, J. W., & Epley, R. J. (1979). Religious correlates of fear of death. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 404-411.

Hoelterhoff, M. (2015). A theoretical exploration of death anxiety. *Journal of Applied Psychology and Social Science*, 1(2), 1-17.

Hoffman, L., Johnson, E., Foster, M., & Wright, J. (2010). What happens when you die? Three-to-four-year-olds chatting about death. *The wound of mortality*, 97-106.

Hofstadter, D. R. (1979). *Godel, Escher, Bach: An eternal golden braid*. New York: Vintage Books.

Hoge, R. (1972). A validated intrinsic religious motivation scale. *Journal for the scientific study of religion*, 369-376.

Holcomb, L. E., Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1993). Personal meanings of death: A content analysis of free-response narratives. Death studies, 17(4), 299-318.

Hong, H. V., & Hong, E. H. (Eds.). (1983). Fear and Trembling; Repetition (p. 88). Princeton, NJ: Princeton University Press.

Hoogstraten, J., Koele, P., & Van Der Laan, J. (1998). Templer's death anxiety scale revisited: the Dutch version. *Perceptual and motor skills*, 87, 1259-1264.

Hooper, R. (2011). Death in dolphins: Do they understand they are mortal. New Scientist, 2828(1).

Hooper, T., & Spilka, B. (1970). Some meanings and correlates of future time and death among college students. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 1(1), 49-56.

Hossain, M. S. (2007). Quest for a new death: Death and adjustment hypotheses. South Carolina: Book Surge Publishing.

Hossain, M. S. (2008). Human immortality: death and adjustment hypotheses elaborated. South Carolina: Book Surge Publishing.

Hossain, M. S. (2010). Introducing death and adjustment hypotheses. *Journal of Loss and Trauma*, 15(4), 370-375.

Hossain, M. S., & Gilbert, P. (2010). Concepts of death: a key to our adjustment. *Illness, Crisis & Loss*, 18(1), 19-36.

Howells, K., & Field, D. (1982). Fear of death and dying among medical students. *Social Science & Medicine, 16*(15), 1421-1424.

Hoyer, W. J., Rybash, J. M., & Roodin, P. A. (1999). Adult development and aging. McGraw-Hill.

Hrdy, S. B. (1999). Mother nature: A history of mothers, infants, and natural selection. New York, 1, 2.

Hunt, R. A., & King, M. (1971). The intrinsic–extrinsic concept: A review and evaluation. *Journal for the Scientific Study of Religion, 10,* 339–356.

Hurvich, M. (2018). New developments in the theory and clinical application of the annihilation anxiety concept. In *A New Freudian Synthesis* (pp. 65-96). Routledge.

Immarino, N. K. (1975). Relationship between death anxiety and demographic variables. *Psychological Reports*, *17*, 262.

Indacochea, S., Torres-Malca, J. R., Vera-Ponce, V. J., Perez, M. A., & De La Cruz-Vargas, J. A. (2021). Fear and death anxiety among Latin American doctors during the Covid-19 pandemic. *medRxiv*.

Inman, V. L., & Leggett, K. E. (2019). Observations on the response of a pod of hippos to a dead juvenile hippo (Hippopotamus amphibius, Linnaeus 1758). Afr J Ecol. https://doi. org/10.1111/aje, 1264(4).

International Association for Animal Hospice and Palliative Care (IAAHPC). 2012. Canine grief: "Do dogs mourn?" http://iaahpc.org/index.php/for-pet-parents/helpful-articles/item/8-canine-grief-%E2%80%93-do-dogs-mourn.

Irwin, H. J. (1985). *Flight of mind*. Scarecrow Press.

Iserson, K.V. (2001). Death to dust. Tucson, AZ: Galen Press

Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical psychology review*, 34(7), 580-593.

Jackson, C., Davidson, G., Russell, J., & Vandereycken, W. (1990). Ellen West revisited: The theme of death in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 529–536

Jacobson, A. F., Umberger, W. A., Palmieri, P. A., Alexander, T. S., Myerscough, R. P., Draucker, C. B., ... & Kirschbaum, C. (2016). Guided imagery for total knee replacement: a randomized, placebo-controlled pilot study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 22(7), 563-575.

Jagadeesan, N. (2020). Potential Predictors of Psychological Distress During Nationwide Covid-19 Quarantine: An Exploratory Study. *ijbs*, 1263.

James, W. (1961). *The varieties of religious experience* (pp. 174-186). Amazon Distribution GmbH.

Janoff-Bulman, R. (1989). The benefits of illusions, the threat of disillusionment, and the limitations of inaccuracy. *Journal of social and clinical psychology*, 8(2), 158-175.

Jaques, E. (1965). Death and the mid-life crisis. *The International Journal of Psychoanalysis*, 46, 502–514.

Jaspers, K. (1963). Philosophy and the world: Selected essays and lectures.

Jeffers, F. C., & Verwoerdt, A. (1977). How the old face death. In E. W. Busse & E. Pfeiffer (Eds.), *Behavior and adaptation in late life*. Boston: Little Brown.

Jeffers, F. C., Nichols, C. R., & Eisdorfer, C. (1961). Attitudes of older persons toward death: A preliminary study. *Journal of Gerontology*, 16(1), 53-56.

Jiang, W., Alexander, J., Christopher, E., Kuchibhatla, M., Gaulden, L. H., Cuffe, M. S., Blazing, M. A., Davenport, C., Califf, R. M., Krishnan, R. R., & O'Connor, C. M. (2001). Relationship of depression to increased risk of mortality and rehospitalization in patients with congestive heart failure. *Archives of Internal Medicine*, 161(15), 1849–1856. https://doi.org/10.1001/archinte.161.15.1849

Johnson, C. L. (1995). Determinants of adaptation of oldest-old Black Americans. *Journal of Aging Studies, 9*, 231-244.

Johnson, C. L., & Barer, B. M. (1997). *Life beyond 85 years: The aura of survivorship*. New York: Springer Publishing Company

Jonas, E., & Fischer, P. (2006). Terror management and religion: evidence that intrinsic religiousness mitigates worldview defense following mortality salience. *Journal of personality and social psychology*, 91(3), 553.

Jones, D. G., & Whitaker, M. I. (2009). Engaging with plastination and the Body Worlds phenomenon: A cultural and intellectual challenge for anatomists. *Clinical anatomy*, *22*(6), 770-776.

Jost, J. T., Napier, J. L., Thorisdottir, H., Gosling, S. D., Palfai, T. P., & Ostafin, B. (2007). Are needs to manage uncertainty and threat associated with political conservatism or ideological extremity?. *Personality and social psychology bulletin*, 33(7), 989-1007.

Jung, C. G. (1959). The soul and death. In H. Feifel (Ed.), *The meaning of death* (pp. 3–15). McGraw-Hill.

Kabat- Zinn, J. (1994). *Dovunque tu vada, ci sei già. Una guida alla meditazione*, TEA libri.

Kahoe, R. D., & Dunn, R. F. (1975). The fear of death and religious attitudes and behavior. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 379-382.

Kalish, R. A. (1963). An approach to the study of death attitudes. *American Behavioral Scientist*, 6(9), 68-70.

Kalish, R. A. (1985). The social context of death and dying. In R. H. Binstock & E. Shanas (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (2nd ed.; pp. 149–170). New York: Van Nostrand Reinhold.

Kalish, R. A., & Reynolds, D. (1981). Death *and ethnicity: A psychocultural study*. Los Angles: University of Southern California Press.

Kandemir, F. (2020). Bazı Demografik Değişkenler Bağlamında Covid-19 Pandemi Neslinin Dindarlık ve Ölüm Kaygısı İlişkisi Üzerine Ampirik Bir Araştırma [An empirical research on the relationship of COVID-19 pandemic generation's religiosity and death anxiety in the context of some demographic variables]. *Tokat İlmiyat Dergisi, 8*(1), 99-129.

Kant, I. (1908). Critique of pure reason. 1781. Modern Classical Philosophers, Cambridge, MA: Houghton Mifflin, 370-456.

Kaplan, K. J., & Worth, S. A. (1993). Individuation-attachment and suicide trajectory: A developmental guide for the clinician. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 27(3), 207-237.

Karabağ Aydın, A., & Fidan, H. (2021). The Effect of Nurses' Death Anxiety on Life Satisfaction During the COVID-19 Pandemic in Turkey. *Journal of Religion and Health*, 1-16.

Kastenbaum R., & Aisenberg, I. (1972). *The Psychology of Death*, Springer, New York.

Kastenbaum, R. (1979). Human Developing: A Lifespan Perspective, *Allyn and Bacon*, Boston, MA.

Kastenbaum, R. (1992). *Death, suicide, and the older adult. Suicide and Life-Threatening Behavior*, 22, 1–14.

Kastenbaum, R. (1996). A world without death? First and second thoughts. *Mortality, 1*(1), 111-121.

Kastenbaum, R. (2003). Children and adolescents' understanding of death. *Macmillan encyclopedia of death and dying*, 686-689.

Kastenbaum, R. (Ed.). (2000). *The psychology of death*. Springer Publishing Company.

Kastenbaum, R., & Costa Jr, P. T. (1977). Psychological perspectives on death. *Annual Review of psychology*, 28(1), 225-249.

Kausar, S. & Saima, A. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death Studies*, 26, 39–50.

Kavaklı, M., Ak, M., Uğuz, F., & Türkmen, O. O. (2020). The mediating role of self-compassion in the relationship between perceived COVID-19 threat and death anxiety. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry, 23*(Supp), 15-23.

Kazerooni. N., Akrami, N. (2015). *Predicting death anxiety based on attachment styles and personality components proposed in the brain and behavioral systems approach*. Proceeding of the 3rd National Conference on Psychology and Behavioral Sciences, Tehran, Iran: 426-30. (Persian)

Keller, J. W., Sherry, D., & Piotrowski, D. (1984). Perspectives in death: A developmental study. *Journal of Psychology*, 116, 137–142.

Kelly, G. A. (1955). The Psychology of Personal Constructs Vol 1.

Kernberg, O. F. (2012). *The inseparable nature of love and aggression: Clinical and theoretical perspectives*. American Psychiatric Pub.

Kesebir, P. (2014). A quiet ego quiets death anxiety: Humility as an existential anxiety buffer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(4), 610.

Khademi, F., Moayedi, S., & Golitaleb, M. (2020). The COVID-19 pandemic and death anxiety in the elderly. *International Journal of Mental Health Nursing*.

Kierkegaard, S. (2013). Kierkegaard's writings, VI, volume 6: fear and trembling/repetition. Princeton University Press.

Kimsey, L. R., Roberts, J. L., & Logan, D. L. (1972). Death, dying, and denial in the aged. *American Journal of Psychiatry, 129*(2), 161-166.

King, B. J. (2013). How animals grieve. University of Chicago Press.

King, J., & Hayslip Jr, B. (2002). The media's influence on college students' views of death. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 44*(1), 37-56.

Kinlaw, B. J. R., & Dixon, R. D. (1981). Fear of death and fertility reconsidered. *Omega, 11*, 119-137.

Kite, M. E., Deaux, K., & Miele, M. (1991). Stereotypes of young and old: Does age outweigh gender?. *Psychology and aging*, 6(1), 19.

Kleijn, G., Lissenberg-Witte, B. I., Bohlmeijer, E. T., Steunenberg, B., Knipscheer-Kuijpers, K., Willemsen, V., Becker, A., Smit, E. F., Eeltink, C. M., Bruynzeel, A. M. E., van der Vorst, M., de Bree, R., Leemans, C. R., van den Brekel, M. W. M., Cuijpers, P., & Verdonck-de Leeuw, I. M. (2018). The efficacy of life review therapy combined with memory specificity training (LRT-MST) targeting cancer patients in palliative care: A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 13(5), e0197277. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197277

Klein, M. (1948). A contribution to the theory of anxiety and guilt. *International Journal of Psycho-Analysis*, 29, 114-123.

Kobler, F. (1948). Description of an acute castration fear, based on superstition. *Psychoanalytic Review*, 35(3), 285-289.

Kohlberg, L., & Ryncarz, R. A. (1990). Beyond justice reasoning: Moral development and consideration of a seventh stage.

Kramarow, E., Lentzner, H., Rooks, R., Weeks, J., & Saydah, S. (1999). *Health and aging chartbook: Health, United States, 1999*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.

Kramer, D. A. (1983). Post-formal operations? A need for further conceptualization. *Human Development*, 26(2), 91-105.

Kramer, D. A. (1989). Development of an awareness of contradiction across the life span and the question of postformal operations. Adult development, 1, 133-159.

Krieger, S. R. (1975). Death Orientation and Specialty Choice and Training of Physicians, unpublished Doctoral dissertation, University of Florida

Krieger, S. R., Epting, F. R., & Hays, C. H. (1979). Validity and reliability of provided constructs in assessing death threat. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 10(1), 87-95.

Krieger, S. R., Epting, F. R., & Leitner, L. M. (1974). Personal constructs, threat and attitudes toward death. *Omega: Journal of Death and Dying*.

Kubler-Ross, E. (1969). *On Death and Dying*.

Kureshi, A., & Husain, A. (1981). Death anxiety in intrapunitiveness among smokers and nonsmokers: A comparative study. *Journal of Psychological Research*, 25, 42-45.

Kurlychek, R. T. (1976). Assessment of death acceptance: A proposed scale. *Psychology: A Journal of Human Behavior*.

Landau, M. J., & Greenberg, J. (2006). Play it safe or go for the gold? A terror management perspective on self-enhancement and self-protective motives in risky decision making. Personality and Social Psychology Bulletin, 32, 1633-1645.

Landerman, G. (1996). The sacred remains: American attitudes toward death, 1799–1883. New Haven, CT: Yale University Press.

Lansdown, R., & Benjamin, G. (1985). The development of the concept of death in children aged 5–9 years. *Child: care, health and development*, 11(1), 13-20.

Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1973). The Language of Psycho-Analysis: Translated by Donald Nicholson-Smith. In *The Language of Psycho-Analysis: Translated by Donald Nicholson-Smith* (pp. 1-497). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.

Larson, C. L., Schaefer, H. S., Siegle, G. J., Jackson, C. A. B., Anderle, M. J., & Davidson, R. J. (2006). Fear is fast in phobic individuals: Amygdala activation in response to fear-relevant stimuli. *Biological Psychiatry*, 60, 410–417

Latinjak, A. T., Hatzigeorgiadis, A., & Zourbanos, N. (2017). Goal-directed and spontaneous self-talk in anger-and anxiety-eliciting sport-situations. Journal *of Applied Sport Psychology, 29*(2), 150-166.

Lazar, A. (2006). Fear of personal death as a predictor of motivation for religious behavior. *Review of Religious Research*, 179-189.

Lázaro-Pérez, C., Martínez-López, J. Á., Gómez-Galán, J., & Fernández-Martínez, M. D. M. (2020). COVID-19 pandemic and death anxiety in security forces in Spain. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(21), 7760.

Lázaro-Pérez, C., Martínez-López, J. Á., Gómez-Galán, J., & López-Meneses, E. (2020). Anxiety about the risk of death of their patients in health professionals in Spain: Analysis at the peak of the COVID-19 pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health, 17(16), 5938.

Le Marne, K. M., & Harris, L. M. (2016). Death anxiety, perfectionism and disordered eating. *Behaviour Change*, 33(4), 193-211.

LeDoux, J. (2008). Remembrance of emotions past. In K. Fischer & M. H. Immordino-Yang (Eds.), *The Jossey-Bass reader on the brain and learning* (pp. 151–179). San Francisco: Jossey-Bass.

Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders, 74*, 102268.

Lehto, R., & Stein, K. (2009). Death anxiety: an analysis of an evolving concept.

Leming, M. R. (1980). Religion and death: A test of Homans' thesis. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 10*(4), 347-364.

Lester, D. (1967a). Experimental and correlational studies of the fear of death. *Psychological Bulletin*, 67(1), 27.

Lester, D. (1967b). A Scale Measuring Attitudes toward Death, Unpublished, Brandeis University Waltham, Massachusetts

Lester, D. (1967c). Inconsistency in the fear of death of individuals. *Psychological Reports*, 20(3), 1084-1084.

Lester, D. (1967d). Fear of death of suicidal persons. *Psychological Reports, 20*(3), 1077-1078.

Lester, D. (1968). The fear of death of those who have nightmares. *The Journal of psychology, 69*(2), 245-247.

Lester, D. (1971). Attitudes toward death and suicide in a non-disturbed population. *Psychological Reports, 29*(2), 386-386.

Lester, D. (1972). Studies in death attitudes: II. *Psychological Reports, 30(2),* 440.

Lester, D. (1974). The Collett-Lester fear of death scale: A manual. Pamona, NJ: Richard Stockton State College.

Lester, D. (1991). The Lester attitude toward death scale. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 23(1), 67-75.

Lester, D. (1994). The Collett-Lester fear of death scale. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, 45-60.

Lester, D., & Abdel-Khalek, A. (2003). The Collett-Lester fear of death scale: A correction. Death studies, 27(1), 81-85.

Lester, D., & Blustein, J. (1980). Attitudes toward funerals: A variable independent of attitudes toward death. *Psychological Reports*.

Lester, D., & Collett, L. J. (1970). Fear of death and self-ideal discrepancy. *Archives of the Foundation of Thanatology*.

Lester, D., Getty, C., & Kneisl, C. R. (1974). Attitudes of nursing students and nursing faculty toward death. *Nursing Research*.

Lester, G., & Lester, D. (1970). The fear of death, the fear of dying, and threshold differences for death words and neutral words. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 1(3), 175-179.

Levin, E. (2003). *From corpse to cult in early modern Russia*.

Levinson, D. J. (1977). The Mid-Life Transition: A Period of Adult Psychosocial Development, Psychiatry, 40, pp, 99-1 12.

Leviton, D. (1968). *The perceptual defense of amateur sports car racing drivers and bowlers to death-and crash-word stimuli* (Doctoral dissertation, ProQuest Information & Learning).

Levitt, E. E. (1967). The psychology of anxiety.

Li, T., Ren, B., Li, D., Zhang, Y., & Li, M. (2012). Maternal responses to dead infants in Yunnan snub-nosed monkey (Rhinopithecus bieti) in the Baimaxueshan Nature Reserve, Yunnan, China. Primates, 53(2), 127-132.

Li, W., Yang, Y., Liu, Z. H., Zhao, Y. J., Zhang, Q., Zhang, L., ... & Xiang, Y. T. (2020). Progression of mental health services during the COVID-19 outbreak in China. *International journal of biological sciences, 16*(10), 1732.

Li, X., Frye, M. A., & Shelton, R. C. (2012). Review of pharmacological treatment in mood disorders and future directions for drug development. *Neuropsychopharmacology*, 37(1), 77-101.

Lifton, R. J. (1979). The Broken Connection: On Death and the Continuity of Life.

Lin, A. H. M. H. (2003). Factors related to attitudes toward death among American and Chinese older adults. *Omega-Journal of Death and Dying, 47*(1), 3-23.

Lindenbaum, S. (2015). *Kuru sorcery: disease and danger in the New Guinea Highlands*. Routledge.

Liu, M., Harbaugh, A. G., Harring, J. R., & Hancock, G. R. (2017). The effect of extreme response and non-extreme response styles on testing measurement invariance. *Frontiers in psychology, 8*, 726.

Livneh, H. (1985). Brief note on the structure of the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Psychological reports*, 56(1), 136-138.

Lo, C., Hales, S., Jung, J., Chiu, A., Panday, T., Rydall, A., Nissim, R., Malftano, C., Petricone-Westwood, D., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2014). Managing cancer and living meaningfully (CALM): Phase 2 trial of a brief individual psychotherapy for patients with advanced cancer. Palliative Medicine, 28 (3), 234–242. https://doi.org/10.1177/0269216313507757

Lomont, J. F. (1965). The repression-sensitization dimension in relation to anxiety responses. *Journal of Consulting Psychology*, 29(1), 84.

Lonetto, R. (1982). Personifications of death and death anxiety. *Journal of Personality Assessment, 46*(4), 404-408.

Lonetto, R., & Templer, D. I. (1986). Death anxiety. Hemisphere Publishing Corp.

Lonetto, R., Fleming, S., & Mercer, G. W. (1979). The structure of death anxiety: A factor analytic study. *Journal of Personality Assessment*, 43(4), 388-392.

Lonetto, R., Fleming, S., Clare, M., & Gorman, M. (1976). The perceived sex of death and concerns about death. Essence: Issues in *the Study of Ageing, Dying, and Death*.

Lonetto, R., Mercer, G. W., Fleming, S., Bunting, B., & Clare, M. (1980). Death anxiety among university students in Northern Ireland and Canada. *The Journal of psychology*, 104(1-2), 75-82.

Loo, R. (1984). Personality correlates of the fear of death and dying scale. *Journal of Clinical Psychology, 40*(1), 120-122.

Lorenz, K., Martys, M., & Tipler, A. (1991). Here am I: where are you?: the behavior of the greylag goose. Harcourt Brace Jovanovich.

Lowry, R. J. (1965). *Male-female differences in attitudes towards death*. Brandeis University.

Lucas, R. A. (1974). A comparative study of measures of general anxiety and death anxiety among three medical groups including patient and wife. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 5*(3), 233-243.

MacInnes, W. D., & Neimeyer, R. A. (1980). Internal consistency of the Threat Index. *Death Education, 4*, 193–194.

Mallett, K., Jurs, S. G., Price, J. H., & Slenker, S. (1991). Relationships among burnout, death anxiety, and social support in hospice and critical care nurses. *Psychological reports*, 68(3_suppl), 1347-1359.

Marais, E. (1969). The soul of ape. Atheneum, New York.

Markides, K. S., & Black, S. A. (1996). Race, ethnicity, and aging: The impact of inequality. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of aging and the social sciences* (4th ed., pp. 153-170). San Diego, CA: Academic Press.

Marlar, R. A., Leonard, B. L., Billman, B. R., Lambert, P. M., & Marlar, J. E. (2000). Biochemical evidence of cannibalism at a prehistoric Puebloan site in southwestern Colorado. *Nature*, *407*(6800), 74-78.

Marshall, V. W. (1980). *Last chapters, a Sociology of Aging and Dying*. Monterey, Calif.: Brooks/Cole Pub.

Martin, D., & Wrightsman Jr, L. S. (1965). The relationship between religious behavior and concern about death. The *Journal of Social Psychology, 65*(2), 317-323.

Martin, T. O. (1983). Death anxiety and social desirability among nurses. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 13(1), 51-58.

Martínez-López, J. Á., Lázaro-Pérez, C., & Gómez-Galán, J. (2021). Death anxiety in social workers as a consequence of the COVID-19 pandemic. *Behavioral Sciences, 11*(5), 61.

Martz, E. (2004). Death anxiety as a predictor of posttraumatic stress levels among individuals with spinal cord injuries. *Death Studies*, 28, 1–17.

Martz, E., & Livneh, H. (2003). Death anxiety as a predictor of future time orientation among individuals with spinal cord injuries. *Disability and Rehabilitation*, 25, 1024–1032

Masi, S. (2020). Reaction to allospecific death and to an unanimated gorilla infant in wild western gorillas: insights into death recognition and prolonged maternal carrying. Primates, 61(1), 83-92.

Maslow, A. H. (1968). Toward a psychology of being (2nd ed.). New York: Van Nostrand Reinhold.

Maslow, A. H. (1970). Motivation and personality (2nd ed.). New York: Harper & Row.

Masoumi, M., Tahmasebi, R., Jalali, M., & Jafari, F. (2016). The Study of the relationship between Job stress and spiritual health of nurses working in Intensive care ward at Bushehr Hospitals. *Nurs J Vulnerable, 3*(8), 37-47.

Maurer, A. (1964). Adolescent attitudes toward death. *The Journal of genetic psychology*, 105(1), 75-90.

May, R. (1950). The Meaning of Anxiety. Norton, New York.

Mazlish, B. (1975). Review of Western attitudes toward death from the Middle Ages to the present, by Philippe Ariès. J Interdisciplin Hist 1975; 5(4): 751-2.

Mc Donald, G. W. (1976). Sex, religion, and risk-taking behavior as correlates of death anxiety. OMEGA-Journal of Death and Dying, 7(1), 35-44.

McComb, K., Baker, L., & Moss, C. (2006). African elephants show high levels of interest in the skulls and ivory of their own species. Biology Letters, 2(1), 26-28.

McDonald, R. T., & Hilgendorf, W. A. (1986). Death imagery and death anxiety. *Journal of clinical psychology*, 42(1), 87-91.

McGregor, I., & Jordan, C. H. (2007). The mask of zeal: Low implicit self-esteem and defensive extremism after self-threat. *Self and Identity, 6*, 223-237

McGregor, I., Gailliot, M. T., Vasquez, N., & Nash, K. A. (2007). Ideological and personal zeal reactions to threat among people with high self-esteem: Motivated promotion focus. *Personality and Social Psychology Bulletin, 33*, 1587-1599.

McMordie, W. R. & Kumar, A. (1984). Cross-cultural research on the Templer/McMcMordie Death Anxiety Scale. *Psychological Reports, 54*, 959–963.

McMordie, W. R. (1979). Improving measurement of death anxiety. *Psychological Reports*, 44(3), 975-980.

McMordie, W. R. (1981). Religiosity and fear of death: Strength of belief system. *Psychological reports, 49*(3), 921-922.

Meacham, J. A. (1988). Chapter Three Autonomy, Despair, and Generativity in Erikson's Theory. In *Advances in Psychology* (Vol. 57, pp. 63-98). North-Holland.

Mead, S., Stumpf, M. P., Whitfield, J., Beck, J. A., Poulter, M., Campbell, T., ... & Collinge, J. (2003). Balancing selection at the prion protein gene consistent with prehistoric kurulike epidemics. *Science*, *300*(5619), 640-643.

Meissner, W. W. (1958). Affective response to psychoanalytic death symbols. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 56(3), 295.

Mendonça, R. S., Ringhofer, M., Pinto, P., Inoue, S., & Hirata, S. (2020). Feral horses'(Equus ferus caballus) behavior toward dying and dead conspecifics. Primates, 61(1), 49-54.

Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications. The *Cognitive Behaviour Therapist, 13*.

Menzies, R. E., Neimeyer, R. A., & Menzies, R. G. (2020). Death anxiety, loss, and grief in the time of COVID-19. *Behaviour Change, 37*(3), 111-115.

Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2018). Fear of death: Nature, development and moderating factors. *Curing the dread of death: theory, research and practice*, 21.

Middleton, W. C. (1936). Some reactions toward death among college students. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 31(2),* 165.

Mikulincer, M., Florian, V., & Hirschberger, G. (2003). The existential function of close relationships: Introducing death into the science of love. *Personality and social psychology review*, 7(1), 20-40

Miller, A. K., Hensman, M. C., Hensman, S., Schultz, K., Reid, P., Shore, M., ... & Lee, S. (2015). African elephants (Loxodonta africana) can detect TNT using olfaction: Implications for biosensor application. Applied Animal Behaviour Science, 171, 177-183.

Miller, A. K., Lee, B. L., & Henderson, C. E. (2012). Death anxiety in persons with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Death studies*, 36(7), 640-663.

Mirhosseini, S., Dadgari, A., BASIRINEZHAD, M. H., Mohammadpourhodki, R., & Ebrahimi, H. (2021). The proportion of death anxiety and its related factors during the COVID-19 pandemic in the Iranian population. *Family Medicine & Primary Care Review, 23*(1), 36-40.

Mishara, B. L., Baker, A. H., & Kostin, I. W. (1972). Do people who seek less environmental stimulation avoid thinking about the future and their death? A study of individual differences in kinesthetic figural aftereffects. In *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*. American Psychological Association.

Moberg, D. O. (1965). Religiosity in old age. *The Gerontologist, 5*(2), 78-87.

Moberg, K. U., & Prime, D. K. (2013). Oxytocin effects in mothers and infants during breastfeeding. Infant, 9(6), 201-206.

Mohr, D. C., Moran, P. J., Kohn, C., Hart, S., Armstrong, K., Dias, R., Bergsland, E., & Folkman, S. (2003). Couples therapy at end of life. *Psycho-Oncology*, 12(6), 620–627. https://doi.org/10.1002/pon.746

Momeyer, R. W. (1988). *Confronting death*. Indianapolis: Indiana University Press.

Montaigne, M. D. (1993). The Complete Essays of Michel de Montaigne, ed. and trans. M. A. Screech, London and New York: Penguin Books.

Moore, C. C., & Williamson, J. B. (2003). The universal fear of death and the cultural response. *Handbook of death and dying*, 1, 3-13.

Moore, C. M., & Brown, C. M. (2007). Experiencing Body Worlds: voyeurism, education, or enlightenment?. *Journal of Medical Humanities*, *28*(4), 231-254.

Moore, M. K., & Neimeyer, R. A. (1991). A confirmatory factor analysis of the Threat Index. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(1), 122.

Morris, G. J., & McAdie, T. (2009). Are personality, well-being and death anxiety related to religious affiliation?. *Mental Health, Religion and Culture, 12*(2), 115-120.

Moss, C. (2012). Elephant memories: thirteen years in the life of an elephant family. University of Chicago Press.

Moudi, S., Bijani, A., Tayebi, M., & Habibi, S. (2017). Relationship between death anxiety and mental health status among nurses in hospitals affiliated to Babol University of Medical Sciences. *Journal of Babol University of Medical Sciences, 19*(2), 47-53.

Muller, Z. (2010). The curious incident of the giraffe in the night time. Giraffa Newsl, 4, 20-23.

Mullins, L. C, & Lopez, M. A. (1982). Death anxiety among nursing home residents: A comparison of the young-old and the old-old. *Death Education*, 6, 75-86

Munnichs, J. M. (1961). Symposium: Death attitudes. *Journal of Gerontology*, *16*, 60-61.

Myers, J. E., Wass, H., & Murphy, M. (1980). Ethnic differences in death anxiety among the elderly. Death Education, 4, 237-244.

Nagy, M. (1938). The child and death. *Psychological Studies of the University of Budapest*, 2, 152-157, 192-194.

Nagy, M. (1948). The child's theories concerning death. *The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 73(1), 3-27.

Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*, 2(3), 223-250.

Nehrke, M. (1973). *Perceived generational differences in attitudes toward death*. Paper presented at the 26th annual scientific meeting of the Gerontological Society, Miami Beach, FL.

Nehrke, M. F., Bullucci, G., & Gabriel, S. J. (1977). Death anxiety, locus of control and life satisfaction in the elderly: Toward a definition of ego-integrity. *Omega: Journal of Death and Dying*, 8, 359–368.

Neimeyer, R. A. (1985). Actualization, integration and fear of death: A test of the additive model. Death Studies, 9, 235-250.

Neimeyer, R. A. (1986). The threat hypothesis: A conceptual and empirical defense. *Death Studies*, 10(2), 177-190.

Neimeyer, R. A. (1994). *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*. Taylor & Francis.

Neimeyer, R. A. (1994). *The Threat Index and related methods*.

Neimeyer, R. A. (1998). Death anxiety research: The state of the art. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 36(2), 97-120.

Neimeyer, R. A., & Chapman, K. M. (1980). Self/ideal discrepancy and fear of death: testing an existential hypothesis. *Omega*, I 1, 233-240

Neimeyer, R. A., & Dingemans, P. M. (1981). Death orientation in the suicide intervention worker. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 11(1), 15-23.

Neimeyer, R. A., & Fortner, B. V. (1995). Death anxiety in the elderly. In G. Maddox (Ed.), *Encyclopedia of aging* (2nd ed.; pp. 252–253). New York: Springer.

Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1989). Assessing personal meanings of death: Empirical refinements in the Threat Index. *Death Studies*, 13, 227-245.

Neimeyer, R. A., & Moore, M. K. (1994). Validity and reliability of the multidimensional fear of death scale. In R. A. Neimeyer (Ed.), *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and applicatio*n (pp. 103–117). Washington, DC: Taylor & Francis.

Neimeyer, R. A., & Neimeyer, G. J. (1984). Death anxiety and counseling skill in the suicide interventionist. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *14*, 126–131

Neimeyer, R. A., & van Brunt, D. (1995). Death anxiety. In H. Wass & R. A. Neimeyer (Eds.), *Dying: Facing the facts* (3rd ed., pp. 49–88). Washington, DC: Taylor & Francis.

Neimeyer, R. A., Bagley, K. J., & Moore, M. K. (1986). Cognitive structure and death anxiety. *Death Studies*, 10(3), 273-288.

Neimeyer, R. A., Dingemans, P. M., & Epting, F. R. (1977). Convergent validity, situational stability and meaningfulness of the Threat Index. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 8(3), 251-265.

Neimeyer, R. A., Fontana, D. J., & Gold, K. (1983). A manual for content analysis of death constructs. *Death Education*, 7(2-3), 299-320.

Neimeyer, R. A., Fontana, D. J., & Gold, K. (1983). A manual for content analysis of death constructs. *Death Education, 7*(2-3), 299-320.

Neimeyer, R. A., Moore, M. K., & Bagley, K. J. (1988). A preliminary factor structure for the Threat Index. *Death Studies*, 12(3), 217-225.

Neimeyer, R. A., Moser, R. P., & Wittkowski, J. (2003). Assessing attitudes toward dying and death: Psychometric considerations. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 47(1), 45-76.

Neimeyer, R. A., Wittkowski, J., & Moser, R. P. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309–340.

Nelson, L. D., & Cantrell, C. H. (1980). Religiosity and death anxiety: A multi-dimensional analysis. *Review of Religious Research*, 148-157.

Nelson, L. D., & Nelson, C. C. (1975). A factor analytic inquiry into the multidimensionality of death anxiety. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 6(2), 171-178.

Neufeldt, D. E., & Holmes, C. B. (1979). Relationship between personality traits and fear of death. *Psychological Reports, 45*(3), 907-910.

Neugarten, B. (1977). Personality and aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 625-649). New York: Van Nostrand Reinhold

Neugarten, B. L. (1968) Middle-Age and Aging, *University of Chicago Press*, Chicago, IL

Nogas, C., Schweitzer, K., & Grumet, J. (1974). An investigation of death anxiety, sense of competence, and need for achievement. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 5*(3), 245-255.

Noppe, I. C. & Noppe, L. D. (1997). Evolving meanings of death during early, middle, and later adolescence. *Death studies, 21*(3), 253-275.

Norenzayan, A., & Hansen, I. G. (2006). Belief in supernatural agents in the face of death. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(2), 174-187.

Norenzayan, A., Dar-Nimrod, I., Hansen, I. G., & Proulx, T. (2009). Mortality salience and religion: Divergent effects on the defense of cultural worldviews for the religious and the non-religious. *European Journal of Social Psychology, 39*(1), 101-113.

O'Rourke, W. D. (1977). *The relationship between religiousness, purpose-in-life and fear of death*.

Ogilvie, D. M., Cohen, F., & Solomon, S. (2008). The undesired self: Deadly connotations. *Journal of Research in Personality, 42*, 564—576.

Okuyan, C. B., Karasu, F., & Polat, F. (2020). The effect of COVID-19 on health anxiety levels of nursing students. Van Health Sci. J, 13, 45-52.

Ollendick, T. H., & King, N. J. (1994). Fears and their level of interference in adolescents. *Behaviour Research and Therapy*, 32(6), 635-638.

Osgood, C. E. (1969). On the whys and wherefores of E, P, and A. *Journal of personality and social psychology*, 12(3), 194.

Osgood, C. E., Suci, G. J., & Tannenbaum, P. H. (1957). The measurement of meaning (No. 47). *University of Illinois press*.

Özgüç, S., Kaplan Serin, E., & Tanriverdi, D. (2021). Death Anxiety Associated with Coronavirus (COVID-19) Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 00302228211050503.

Özyürek, A., & Atalay, D. (2020). COVID-19 pandemisinde yetişkinlerde yaşamin anlami ve ölüm kaygisi ile iyilik hali arasindaki ilişkinin incelenmesi [Pandemic investigation of the relationship between the death anxiety and meaning of life with wellbeing of adults in COVID-19 pandemic]. *TURAN: Stratejik Arastirmalar Merkezi, 12*(46), 458-472.

Pagnini, F., Marconi, A., Tagliaferri, A., Manzoni, G., Gatto, R., Fabiani, V., Gragnano, G., Rossi, G., Volpato, E., Banf, P., Palmieri, A., Graziano, F., Castelnuovo, G., Corbo, M., Molinari, E., Riva, N., Sansone, V., & Lunetta, C. (2017). Meditation training for people with amyotrophic lateral sclerosis: A randomized clinical trial. *European Journal of Neurology*, 24(4), 578–586. https://doi.org/10.1111/ene.13246

Pandy, R. E., & Templer, D. I. (1972). Use of the Death Anxiety Scale in an inter-racial setting. *Omega, 3*, 127-130.

Panksepp, J. (2004). Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions. Oxford university press.

Paris, J., & Goodstein, L. D. (1966). Responses to death and sex stimulus materials as a function of repression-sensitization. *Psychological reports, 19*(3), 1283-1291.

Parker, D. W. (2013). The relationship between ego integrity and death attitudes in older adults. *American Journal of Applied Psychology*, 2, 7–15.

Pascal B., *Pensieri*, traduzione italiana a cura di Canilli A., Laterza, Bari, 1963

Patton, J. F., & Freitag, C. B. (1977). Correlational study of death anxiety, general anxiety and locus of control. *Psychological Reports, 40*(1), 51-54.

Paul, K. I., & Moser, K. (2006). Incongruence as an explanation for the negative mental health effects of unemployment: Meta-analytic evidence. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 79*(4), 595-621.

Payne, S. A., Dean, S. J., & Kalus, C. (1998). A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of advanced nursing*, 28(4), 700-706.

Peck, R. (1966). *The development of the concept of death in selected male children*. New York University.

Pierce Jr, J.D., Cohen, A.B., Chambers, J.A., & Meade, R.M. (2007). Gender differences in death anxiety and religious orientation among US high school and college students. *Mental Health, Religion & Culture, 10*, 143–150.

Pierce, J. (2013). The dying animal. Journal of bioethical inquiry, 10(4), 469-478.

Piet, J., Würtzen, H., & Zachariae, R. (2012). The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 1007.

Pievani, T. (2020). *Finitudine. Un romanzo filosofico su fragilità e libertà*. Raffaello Cortina Editore.

Plato, H. G. (1961). Phaedo (pp. 40-98). Princeton University Press.

Pollak, J. M. (1978). Relationships between psychoanalytic personality pattern, death anxiety, and self-actualization. *Perceptual and Motor Skills*.

Pollak, J. M. (1980). Correlates of death anxiety: A review of empirical studies. Omega, 10, 427–488.

Poole, J. (1996). Coming of age with elephants: A memoir.

Poole, J. (1997). Elephants. Stillwater, MN: Voyageur Press.

Porter, A., Eckardt, W., Vecellio, V., Guschanski, K., Niehoff, P. P., Ngobobo-As-Ibungu, U., ... & Caillaud, D. (2019). Behavioral responses around conspecific corpses in adult eastern gorillas (Gorilla beringei spp.). PeerJ, 7, e6655.

Powell, F. C., Thorson, J. A., Kara, G., & Uhl, H. S. (1990). Stability of medical students' attitudes toward aging and death. *The Journal of psychology*, 124(3), 339-342.

Power, T. L., & Smith, S. M. (2008). Predictors of fear of death and self-mortality: An Atlantic Canadian perspective. *Death studies, 32*(3), 253-272.

Pradhan, M., Chettri, A., & Maheshwari, S. (2020). Fear of death in the shadow of COVID-19: The mediating role of perceived stress in the relationship between neuroticism and death anxiety. *Death Studies*, 1-5.

Prichard, S., & Epting, F. (1992). Diversity from simplicity: A review of the Threat Index. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 25(4), 249-257.

Prout, T. A., Gottdiener, W. H., Camargo, A., & Murphy, S. (2018). The relationship between defense mechanisms and religious coping using a new two-factor solution for the Defense Style Questionnaire-40. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(3), 224-252.

Putney, S., & Middleton, R. (1961). Dimensions and correlates of religious ideologies. *Social Forces*, 39(4), 285-290.

Pyszczynski, T., Greenberg, J., Solomon, S., Arndt, J., & Schimel, J. (2004). Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. *Psychological bulletin*, 130(3), 435.

Rababa, M., Hayajneh, A. A., & Bani-Iss, W. (2021). Association of Death Anxiety with Spiritual Well-Being and Religious Coping in Older Adults During the COVID-19 Pandemic. *Journal of religion and health, 60*(1), 50-63.

Radcliffe, J. A. & Stricker, L. (1965). Review of the Edwards personal preference schedule. *Sixth Mental Measurements Year Book*.

Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences, 48*(6), 757-761.

Rainey, L. C., & Epting, F. R. (1977). Death threat constructions in the student and the prudent. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 8(1), 19-28.

Ramezani, T. (2001). Degree of depression and the need for counseling among women with breast cancer in Kerman chemotherapeutic centers.

Rani, S. & Tripathy, M. (2021). Effect of Covid-19 Pandemic on the Level of Death Anxiety of an Individual. *International Journal of Arts, Humanities and Social Studies, 3*(6), 77-81.

Rasmussen, C. H., & Johnson, M. E. (1994). Spirituality and religiosity: Relative relationships to death anxiety. OMEGA-Journal of Death and Dying, 29(4), 313-318.

Ray, J. J., & Najman, J. (1975). Death anxiety and death acceptance: A preliminary approach. *Omega-Journal of Death and dying, 5*(4), 311-315.

Ray, R., & Raju, M. (2006). Attitude towards euthanasia in relation to death anxiety among a sample of 343 nurses in India. *Psychological reports*, 99(1), 20-26.

Reggente, M. A., Papale, E., McGinty, N., Eddy, L., de Lucia, G. A., & Bertulli, C. G. (2018). Social relationships and death-related behaviour in aquatic mammals: a systematic review. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 373(1754), 20170260.

Rhudick, P. J., & Dibner, A. S. (1961). Attitudes Toward Death in Older Persons: A Symposium Age, Personality, and Health Correlates of Death Concerns in Normal Aged Individuals. *Journal of Gerontology*, 16(1), 44-49.

Richardson, V., Berman, S., & Piwowarski, M. (1983). Projective assessment of the relationships between the salience of death, religion, and age among adults in America. *The Journal of general psychology, 109*(2), 149-156.

Rigdon, M. A., & Epting, F. R. (1982). Re-clarifying the measurement of death attitudes. OMEGA-*Journal of Death and Dying*, 12(2), 143-146.

Rigdon, M. A., & Epting, F. R. (1985). Reduction in death threat as a basis for optimal functioning. *Death Studies*, 9(5-6), 427-448.

Rigdon, M. A., Epting, F. R., Neimeyer, R. A., & Krieger, S. R. (1979). The Threat Index: A research report. *Death Studies*, 3(3), 245-270.

Rindfleisch, A., & Burroughs, J. E. (2004). Terrifying thoughts, terrible materialism? Contemplations on a terror management account of materialism and consumer behavior. *Journal of Consumer Psychology*, 14(3), 219-224.

Ring, L., Greenblatt-Kimron, L., & Palgi, Y. (2020). The moderating role of subjective nearness-to-death in the association between health worries and death anxieties from COVID-19. *Death Studies*, 1-6.

Robinson, P. J., & Wood, K. (1984). Fear of death and physical illness: A personal construct approach. In F. Epting & R. A. Neimeyer (Eds.), Personal meanings of death (pp. 127-142). Washington, DC: Hemisphere.

Robinson, P. J., & Wood, K. (1985). The Threat Index: An additive approach. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 15(2), 139-144.

Roff, L. L., Butkeviciene, R., & Klemmack, D. L. (2002). Death anxiety and religiosity among Lithuanian health and social service professionals. *Death studies*, 26(9), 731-742.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships: As developed in the client-centered framework (Vol. 3, pp. 184-256). New York: McGraw-Hill.

Rogers, C. R. (1995). A way of being. Houghton Mifflin Harcourt.

Romaniuk, M. (1981). Reminiscence and the second half of life. *Experimental aging research*, 7(3), 315-336.

Rose, B. M., & O'Sullivan, M. J. (2002). Afterlife beliefs and death anxiety: An exploration of the relationship between afterlife expectations and fear of death in an undergraduate population. *Omega: Journal of Death and Dying* 45: 229–243.

Rosenfeld, B., Saracino, R., Tobias, K., Masterson, M., Pessin, H., Applebaum, A., Brescia, R., & Breitbart, W. (2017). Adapting meaning-centered psychotherapy for the palliative care setting: Results of a pilot study. *Palliative Medicine*, 31(2), 104–146. https://doi.org/10.1177/0269216316651570

Roshdieh, S., Templer, D. I., Cannon, W. G., & Canfield, M. (1999). The relationships of death anxiety and death depression to religion and civilian war-related experiences in Iranians. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 38(3), 201-210.

Ross, S., Bossis, A., Guss, J., Agin-Liebes, G., Malone, T., Cohen, B., ... & Schmidt, B. L. (2016). Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial. *Journal of psychopharmacology*, 30(12), 1165-1180.

Rothenberg, S., & Brenner, A. B. (1955). The number 13 as a castration fantasy. *The Psychoanalytic Quarterly*, 24(4), 545-559.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.

Rupprecht, F. S., Martin, K., Kamin, S. T., & Lang, F. R. (2021). COVID-19 and perceiving finitude: Associations with future time perspective, death anxiety, and ideal life expectancy. *Psychology and Aging*.

Rycroft, C. (1968). A critical dictionary of psychoanalysis (p. 116). London: Nelson.

Safier, G. (1964). A study in relationships between the life and death concepts in children. *Journal of Genetic Psychology, 105*, 283-294

Sanadgol, S., Firouzkouhi, M., Badakhsh, M., Abdollahimohammad, A., & Shahraki-vahed, A. (2020). Effect of guided imagery training on death anxiety of nurses at COVID-19 intensive care units: a quasi-experimental study. *Neuropsychiatria i Neuropsychologia*, *15*(3-4), 83.

Sanders, J. F., Poole, T. P., & Rivero, W. T. (1980). Death anxiety among the elderly. *Psychological Reports, 46*, 53-56.

Sarnoff, I., & Corwin, S. M. (1959). Castration anxiety and the fear of death 1. *Journal of Personality*, 27(3), 374-385.

Sartre, J. P. (1992). Being and Nothingness: A Phenomenological Essay on Ontology. 1943. *Trans. Hazel E. Barnes. New York and London: Washington Square Press.*

Schilder, P. (1936). The attitude of murderers towards death. The *Journal of Abnormal and Social Psychology, 31*(3), 348.

Schilder, P., & Wechsler, D. (1934). The attitudes of children toward death. *The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, 45(2), 406-451.

Schimel, J., Hayes, J., Williams, T., & Jahrig, J. (2007). Is death really the worm at the core? Converging evidence that worldview threat increases death-thought accessibility. *Journal of personality and social psychology*, 92(5), 789.

Schmeichel, B. J., Gailliot, M. T., MacGregor, I., Filardo, E.-A., Gitter, S., & Baumeister, R. F. (2009). Terror management theory and self-esteem revisited: The roles of implicit and explicit self-esteem in mortality salience effects. *Journal of Personality and Social Psychology, 96*, 1077-1087.

Scholten, M. R., van Honk, J., Aleman, A., & Kahn, R. S. (2006). Behavioral inhibition system (BIS), behavioral activation system (BAS) and schizophrenia: relationship with psychopathology and physiology. *Journal of psychiatric research, 40*(7), 638-645.

Schopenhauer, A. (2020). The world as will and idea (Vol. 1). Library of Alexandria.

Schultz, D. M., & Arnau, R. C. (2019). Effects of a brief mindfulness induction on death-related anxiety. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 79(3), 313-335.

Schulz, C. M. (1977). Death Anxiety and the Structuring of a Death Concerns Cognitive Domain. *Essence: Issues in the Study of Ageing, Dying, and Death*.

Schulz, R. (1978). The psychology of death, dying, and bereavement. *Reading, MA*: Addison-Wesley

Schumaker, J. F., Warren, W. G., & Groth-Marnat, G. (1991). Death anxiety in Japan and Australia. *The Journal of Social Psychology*, 131, 511–518.

Schwartz, S., Reynolds, E., Stout, L., & Spilka, B. (1976) *Creative Thinking, Death Perspectives, and Death Anxiety*. Paper presented at the convention of the Rocky Mountain Psychological Association, Phoenix, Arizona.

Segal, H. (1958). Fear of death: notes on the analysis of an old man. *International Journal of Psycho-Analysis*, 39, 178-181.

Sekowski, M. (2019). Attitude toward death and the life cycle. Cracow: Universitas

Sekowski, M. (2020). Attitude toward death from the perspective of Erik Erikson's theory of psychosocial ego development: An unused potential. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, *0030222820921604*.

Sekowski, M., Gambin, M., & Sharp, C. (2021). The Relations Between Identity Disturbances, Borderline Features, Internalizing Disorders, and Suicidality in Inpatient Adolescents. Journal of Personality Disorders, 1-19.

Shackelford, T. K. (2003). Assessing individual differences in death threat: A brief theoretical and psychometric review of the Threat Index. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 46(4), 323-333.

Shackelford, T., & Agostinelli, G. (2003). BRIEF REPORT Interpretation of death-relevant ambiguous stimuli as a function of death threat. *Cognition and Emotion*, 17(6), 943-950.

Shakil, M., Ashraf, F., Muazzam, A., Amjad, M., & Javed, S. (2020). Work status, death anxiety and psychological distress during COVID-19 pandemic: Implications of the terror management theory. *Death Studies*, 1-6.

Sharma, N., Pokharel, S. S., Kohshima, S., & Sukumar, R. (2020). Behavioural responses of free-ranging Asian elephants (Elephas maximus) towards dying and dead conspecifics. *Primates*, 61(1), 129-138.

Shneidman, E. S. (1963). Orientations toward death: A vital aspect of the study of lives.

Shrut, S. D. (1958). Attitudes toward old age and death. *Mental Hygiene*, 42(2), 259-266.

Shusterman, L. R., & Sechrest, L. (1973). Attitudes of registered nurses toward death in a general hospital. *Psychiatry in medicine*, 4(4), 411-426.

Simione, L., & Gnagnarella, C. (2020). Differences between health workers and general population in risk perception, behaviors, and psychological distress related to COVID-19 spread in Italy. *Frontiers in Psychology*, *11*, 2166.

Singh Madnawat A. V. & Singh Kachhawa P. (2007). Age, Gender, and Living Circumstances: Discriminating Older Adults on Death Anxiety, *Death Studies*, 31:8, 763-769,

Slaughter, V. (2005). Young children's understanding of death. *Australian psychologist*, 40(3), 179-186.

Slaughter, V., & Griffiths, M. (2007). Death understanding and fear of death in young children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 12(4), 525-535.

Smith, D. K., Nehemkis, A. M., & Charter, R. A. (1984). Fear of death, death attitudes, and religious conviction in the terminally ill. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 13(3), 221-232.

Söğütlü, L., & Göktaş, S. Ş. The Effect of COVID-19 Pandemic on Health Anxiety, Death Anxiety and Somatic Symptoms in University Students. *Journal of Contemporary Medicine*, *11*(3 (Forthcoming Issue-Gelecek Sayı)), 1-7.

Soleimani, M. A., Bahrami, N., Allen, K. A., & Alimoradi, Z. (2020). Death anxiety in patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 101803.

Soleimani, M. A., Pahlevan Sharif, S., Yaghoobzadeh, A., Allen, K. A., & Sharif Nia, H. (2017). An examination of psychometric characteristics and factor structure of death anxiety scale within a sample of Iranian patients with heart disease. *International Journal of Epidemiologic Research*, 4(4), 260-266.

Solomon, S., Greenberg, J., & Pyszczynski, T. (1991). A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. *Advances in experimental social psychology*, 24, 93-159.

Speece, M. W., & Brent, S. B. (1996). The development of children's understanding of death.

Spielberger, S., Gorsuch, R., & Lushene, R. (1970). *State-Trait Anxiety Inventory, manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Spilka, B., Minton, B., Sizemore, D., & Stout, L. (1977). Death and personal faith: A psychometric investigation. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 169-178.

Stacey, C. L., & Markin, K. (1952). The attitudes of college students and penitentiary inmates toward death and a future life. *Psychiatric Quarterly Supplement, 26*, 27-32.

Stärcke, A. (1921). The castration complex. *International Journal of Psycho-Analysis*, 2, 179-201.

Stewart, D. W. (1975). Religious correlates of the fear of death. *Journal of Thanatology*.

Stewart, F. A., Piel, A. K., & O'Malley, R. C. (2012). Responses of chimpanzees to a recently dead community member at Gombe National Park, Tanzania.

Stillion, J. M. (1985). *Death and the sexes: An examination of differential longevity, attitudes, behaviors, and coping skills*.

Stoller, E. P. (1981). The impact of death-related fears on attitudes of nurses in a hospital work setting. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 11(1), 85-96.

Stoneking, M. (2003). Widespread prehistoric human cannibalism: easier to swallow?. *Trends in Ecology & Evolution*, *18*(10), 489-490.

Stout, L., Minton, B., & Spilka, B. (1976). The Construction and Validation of Multidimensional Measures of Death Anxiety and Death Perspectives, paper presented at the convention of the Rocky Mountain Psychological Association, Phoenix, Arizona.

Strike, P. C., & Steptoe, A. (2005). Behavioral and emotional triggers of acute coronary syndromes: a systematic review and critique. Psychosomatic medicine, 67(2), 179-186.

Subramaniam, S., Camacho, L. M., Carolan, M. T., & López-Zerón, G. (2017). Resilience in low-income African American women living and aging with HIV. *Journal of women & aging*, 29(6), 543-550.

Sugiyama, Y., Kurita, H., Matsui, T., Kimoto, S., & Shimomura, T. (2009). Carrying of dead infants by Japanese macaque (Macaca fuscata) mothers. *Anthropological Science*, 117(2), 113-119.

Suhail, K., & Akram, S. (2002). Correlates of death anxiety in Pakistan. *Death studies*, 26(1), 39-50.

Sullivan, M. J., Wood, L., Terry, J., Brantley, J., Charles, A., Mcgee, V., Johnson, D., Krucoff, M. W., Rosenberg, B., Bosworth, H. B., Adams, K., & Cuffe, M. S. (2009). The support,

education, and research in chronic heart failure study (SEARCH): A mindfulness-based psychoeducational intervention improves depression and clinical symptoms in patients with chronic heart failure. *American Heart Journal, 157*(1), 84–90. https://doi.org/10.1016/j.ahj.2008.08.033

Sullivan, P. F., & Roberts, L. K. (1969). Relationship of manifest anxiety to repression-sensitization on the MMPI. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(6), 763.

Swenson, W. M. (1961). Attitudes toward death in an aged population. *Journal of Gerontology, 16(1),* 49-52.

Swift, K., & Marzluff, J. M. (2018). Occurrence and variability of tactile interactions between wild American crows and dead conspecifics. Philosophical Transactions of the Royal Society B: *Biological Sciences*, 373(1754), 20170259.

Takeshita, R. S., Huffman, M. A., Kinoshita, K., & Bercovitch, F. B. (2020). Changes in social behavior and fecal glucocorticoids in a Japanese macaque (Macaca fuscata) carrying her dead infant. *Primates*, 61(1), 35-40.

Tamm, M. E. (1996). Personification of life and death among Swedish health care professionals. *Death Studies, 20*(1), 1-22.

Tassell-Matamua, N. A. (2014). Near-death experiences and the psychology of death. *Omega*, 68(3), 259–277. https://doi.org/10.2190/OM.68.3.e

Taubman Ben-Aii, O., Florian, V., & Mikulincer, M. (1999). The impact of mortality salience on reckless driving: A test of terror management mechanisms. *Journal of Personality and Social Psychology, 76*, 35-45.

Taylor, J. A. (1953). A personality scale of manifest anxiety. *The Journal of abnormal and social psychology*, 48(2), 285.

Taylor, J., & Eitle, D. (2015). The moderating role of BIS/BAS personality tendencies in the relationship between general strain and crime. *Deviant Behavior, 36*(11), 874-889.

Taylor, R. J., & Chatters, L. M. (1986). Church-based informal support among elderly Blacks. *The Gerontologist*, 26, 637-642.

Taylor, S. E., & Brown, J. D. (1988). Illusion and well-being: a social psychological perspective on mental health. *Psychological bulletin*, 103(2), 193.

Taylor, S. E., Collins, R. L., Skokan, L. A., & Aspinwall, L. G. (1989). Maintaining positive illusions in the face of negative information: Getting the facts without letting them get to you. *Journal of social and Clinical Psychology*, 8(2), 114-129.

Taylor, S. E., Lichtman, R. R., & Wood, J. V. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of personality and social psychology*, 46(3), 489.

Teleki, G. (1973). Group response to the accidental death of a chimpanzee in Gombe National Park, Tanzania. *Folia primatologica*, 20(2-3), 81-94.

Templer, D. I. (1970). The construction and validation of a death anxiety scale. *The Journal of general psychology*, 82(2), 165-177.

Templer, D. I. (1971a) Death Anxiety as Related to Depression and Health of Retired Persons, *Journal of Gerontology*, 26, pp. 521-523.

Templer, D. I. (1971b) The Relationship between Verbalized and Nonverbalized Death Anxiety, *Journal of Genetic Psychology*, 119, pp. 21 1-214.

Templer, D. I. (1972). Death anxiety in religiously very involved persons. *Psychological Reports, 31*(2), 361-362.

Templer, D. I. (1976). Two factor theory of death anxiety: A note. *Essence: Issues in the Study of Ageing, Dying, and Death*.

Templer, D. I., & Dotson, E. (1970). Religious correlates of death anxiety. *Psychological reports, 26*(3), 895-897.

Templer, D. I., & Ruff, C. F. (1971). Death anxiety scale means, standard deviations, and embedding. *Psychological Reports*, *29*, 173–174.

Templer, D. I., & Ruff, C. F. (1975). The relationship between death anxiety and religion in psychiatric patients. *Journal of Thanatology*.

Templer, D. I., Awadalla, A., Al-Fayez, G., Frazee, J., Bassman, L., Connelly, H. J., ... & Abdel-Khalek, A. M. (2006). Construction of a death anxiety scale–extended. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 53(3), 209-226.

Templer, D. I., Ruff, C. F., & Simpson, K. (1974). Alleviation of high death anxiety with symptomatic treatment of depression. *Psychological Reports*.

Templer, D., Ruff, C., & Franks, C. (1971). Death anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse populations. *Developmental Psychology*, 4,108-114.

Thompson, S. C., & Janigian, A. S. (1988). Life schemes: A framework for understanding the search for meaning. *Journal of social and clinical psychology*, 7(2-3), 260-280.

Thorson, J. A. (1977). Variations in death anxiety related to college students' sex, major field of study, and certain personality traits. *Psychological Reports*, 40(3), 857-858.

Thorson, J. A., & Perkins, M. (1977). A Factor Analytic Study of a Scale Designed to Measure Death Anxiety.

Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1984). Revision and Factor Analysis of a Death Anxiety Scale.

Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of clinical psychology*, 44(5), 691-701.

Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1989). Death anxiety and religion in an older male sample. *Psychological Reports*, 64(3), 985-986.

Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1990). Meanings of death and intrinsic religiosity. *Journal of Clinical Psychology, 46*(4), 379-391.

Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1991). Medical students' attitudes towards ageing and death: a cross-sequential study. *Medical Education*, 25(1), 32-37.

Thorson, J. A., & Powell, F. C. (1992). A revised death anxiety scale. *Death Studies*, 16(6), 507-521.

Thorson, J. A., Powell, F. C., Kara, G., & Uhl, H. S. M. (1988). *Personality correlates and changes in medical students' attitudes toward old people and death*. Paper presented at the 45th annual scientific meeting of the American Geriatrics Society, Anaheim, CA.

Tobacyk, J., & Eckstein, D. (1981). Death threat and death concerns in the college student. *OMEGA-Journal of Death and Dying, 11(2)*, 139-155.

Tobin, S. S. (1996). A non-normative old age contrast: Elderly parents caring for offspring with mental retardation. In V. L. Bengtson (Ed.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 124–142). New York: Springer Publishing Company.

Tokuyama, N., Moore, D. L., Graham, K. E., Lokasola, A., & Furuichi, T. (2017). Cases of maternal cannibalism in wild bonobos (Pan paniscus) from two different field sites, Wamba and Kokolopori, Democratic Republic of the Congo. *Primates*, 58(1), 7-12.

Tolor, A., & Reznikoff, M. (1967). Relation between insight, repression-sensitization, internal-external control, and death anxiety. *Journal of Abnormal Psychology, 72*(5p1), 426.

Tomás-Sábado, J., & Gómez-Benito, J. (2005). Construction and validation of the Death Anxiety Inventory (DAI). *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 108-114.

Tomer, A. (1992). Death anxiety in adult life—theoretical perspectives. *Death Studies*, 16(6), 475-506.

Tomer, A., & Eliason, G. (1996). Toward a comprehensive model of death anxiety. *Death studies*, 20(4), 343-365.

Tomer, A., & Eliason, G. (2000). Beliefs about self, life, and death: Testing aspects of a comprehensive model of death anxiety and death attitudes. *Death attitudes and the older adult: Theories, concepts, and applications*, 137-153.

Tramill, J. L., Davis, S. F., Bremer, S., Dudeck, M. M., & Elsbury, D. L. (1982). A proposed relationship between the unidimensional short form of the TMAS and the DAS: The effects of embedding vs. separate administration. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 19, 209–211.

Turhan, E. H. (2021). Ölüm sosyolojisi ekseninde ölüm kaygisi ve koronavirüs [Death anxiety and coronavirus on the axis of death sociology]. *Habitus Toplumbilim Dergisi, 2*(2), 85-101.

Turner, S. M., Beidel, D. C., & Wolff, P. L. (1996). Is behavioral inhibition related to the anxiety disorders?. *Clinical Psychology Review, 16*(2), 157-172.

Vail, K. E., Rothschild, Z. K., Weise, D. R., Solomon, S., Pyszczynski, T., & Greenberg, J. (2010). A terror management analysis of the psychological functions of religion. *Personality and Social Psychology Review, 14*(1), 84-94.

Vaillant, G. E. (1971). Theoretical hierarchy of adaptive ego mechanisms: A 30-year follow-up of 30 men selected for psychological health. *Archive of General Psychiatry*, 24, 107–118.

Vaillant, G. E. (1992). The beginning of wisdom is never calling a patient a borderline: Or the clinical management of immature defenses in the treatment of individuals with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 1, 117–134.

Vaillant, G. E. (2012). Triumphs of experience: The man of the Harvard Grant Study. *The Belknap Press of Harvard University Press*.

Van Dam, N. T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, M. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of anxiety disorders*, *25*(1), 123-130.

van Lawick-Goodall, J. (1968). The behaviour of free-living chimpanzees in the Gombe Stream Reserve. *Animal behaviour monographs*, 1, 161-IN12.

Van Leeuwen, E. J., Mulenga, I. C., Bodamer, M. D., & Cronin, K. A. (2016). Chimpanzees' responses to the dead body of a 9-year-old group member. *American Journal of Primatology*, 78(9), 914-922.

Van Lommel, P. (2013). Non-local consciousness. A concept based on scientific research on near-death experiences during cardiac arrest. *Journal of Consciousness Studies*, 20(1), 7–48

Vargo, M. (1980). Relationship between the Templer Death Anxiety Scale and the Collett-Lester Fear of Death Scale. *Psychological Reports*.

Vargo, M. E., & Batsel Jr, W. M. (1981). Relationship between death anxiety and components of the self-actualization process. *Psychological Reports*, 48(1), 89-90.

Vess, M., & Arndt, J. (2008). The nature of death and the death of nature: The impact of mortality salience on environmental concern. *Journal of Research in Personality, 42*, 1376-1380.

Viney, L. L. (1984). Concerns about death among severely ill people. In F. R. Epting & R. A. Neimeyer (Eds.), *Personal meanings of death* (pp. 143–157). Washington, DC: Hemisphere–McGraw Hill.

Von Hug-Hellmuth, H. (1965). The child's concept of death. *The Psychoanalytic Quarterly*, 34(4), 499-516.

Wagner, K. D. & Lorian, R. P. (1984). Correlates of death anxiety in elderly persons. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1235–1240.

Walker, P. L. (2001). A bioarchaeological perspective on the history of violence. *Annual review of Anthropology*, *30*(1), 573-596.

Walter, N., Nikoleizig, L., & Alfermann, D. (2019). Effects of self-talk training on competitive anxiety, self-efficacy, volitional skills, and performance: An intervention study with junior sub-elite athletes. *Sports, 7*(6), 148.

Walter, T. (2004). Plastination for display: A new way to dispose of the dead. *Journal of the Royal Anthropological Institute*, *10*(3), 603-627.

Wang, L., He, W., Yu, X., Hu, D., Bao, M., Liu, H., ... & Jiang, H. (2020). Coronavirus disease 2019 in elderly patients: characteristics and prognostic factors based on 4-week follow-up. *Journal of Infection, 80*(6), 639-645.

Watson, C. F., & Matsuzawa, T. (2018). Behaviour of nonhuman primate mothers toward their dead infants: uncovering mechanisms. Philosophical Transactions of the Royal Society B: *Biological Sciences*, 373(1754), 201-261.

Weinberger-Thomas, C. (1999). *Ashes of immortality: Widow-burning in India*. University of Chicago Press.

Weisman, A. D. (1972). *On dying and denying: A psychiatric study of terminality*.

Wenestam, C. G., & Wass, H. (1987). Swedish and US children's thinking about death: A qualitative study and cross-cultural comparison. *Death studies, 11*(2), 99-121.

Wenzel, L. B., Fairclough, D. L., Brady, M. J., Cella, D., Garrett, K. M., Kluhsman, B. C., ... & Marcus, A. C. (1999). Age-related differences in the quality of life of breast carcinoma patients after treatment. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*, 86(9), 1768-1774.

Werner, K. H., Jazaieri, H., Goldin, P. R., Ziv, M., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). Self-compassion and social anxiety disorder. *Anxiety, Stress & Coping, 25*(5), 543-558.

Wesch, J. E. (1970). *Self-actualization and the fear of death*. The University of Tennessee.

White, W. & Handal, P. J. (1991). The relationship between death anxiety and mental health/distress. *Omega: Journal of Death and Dying*, 22, 13–24.

Whitehead, D. L., Strike, P., Perkins-Porras, L., & Steptoe, A. (2005). Frequency of distress and fear of dying during acute coronary syndromes and consequences for adaptation. *The American journal of cardiology*, 96(11), 1512-1516.

Williams, R. L., & Cole, S. (1968). Religiosity, generalized anxiety, and apprehension concerning death. *The Journal of Social Psychology, 75*(1), 111-117.

Wink, P., & Scott, J. (2005). Does religiousness buffer against the fear of death and dying in late adulthood? Findings from a longitudinal study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 60*(4), 207-214.

Wisman, A., & Shrira, I. (2015). The smell of death: evidence that putrescine elicits threat management mechanisms. *Frontiers in Psychology*, 6, 1274.

Wohlford, P. (1966). Extension of personal time, affective states, and expectation of personal death. *Journal of Personality and Social Psychology, 3*(5), 559.

Wolson, P. (2005). The existential dimension of psychoanalysis (EDP): Psychic survival and the fear of psychic death (nonbeing). *The Psychoanalytic Review*, 92(5), 675-699.

Wong, P. T. P. (2008). Meaning management theory and death acceptance. In A. Tomer, E. Grafton, & P. T. P. Wong (Eds.), *Existential and spiritual issues in death attitudes* (pp. 65-87). New York, NY: Erlbaum.

Wong, P. T., Reker, G. T., & Gesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional measure of attitudes toward death. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation, and application*, 121, 121-148.

Wood, K., & Robinson, P. J. (1982). Actualization and the fear of death: Retesting an existential hypothesis. *Essence: Issues in the Study of Ageing, Dying, and Death*.

Woods, N., & Witte, K. L. (1981). Life satisfaction, fear of death, and ego identity in elderly adults. *Bulletin of the Psychonomic Society*, 18, 165–168

World Health Organization. (2006). *Questions and answers: South Asia earthquake and tsunami*. Retrieved from WHO website: www.who.int/water_sanitation_health/tsunami_qa/en/

World Health Organization. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. (https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019)

Yalom, I. D. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books

Yıldırım, M., & Güler, A. (2021). Positivity explains how COVID-19 perceived risk increases death distress and reduces happiness. *Personality and Individual Differences, 168*, 110347.

Young, M., & Daniels, S. (1980). Born again status as a factor in death anxiety. *Psychological Reports*, 47, 367-370.

Zabora, J., BrintzenhofeSzoc, K., Curbow, B., Hooker, C., & Piantadosi, S. (2001). The prevalence of psychological distress by cancer site. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(1), 19-28.

Zhang, Q., Zheng, R., Fu, Y., Mu, Q., & Li, J. (2020). Post-traumatic stress disorder and death anxiety symptoms during the Coronavirus epidemic in 2019: A cross-sectional study based on the affected population.

APPENDICE 1:

Fear of Death Scale (Sarnoff e Corwin)

"Esprimi il tuo grado di accordo o disaccordo con le seguenti affermazioni, tenendo conto che -1 = lievemente in disaccordo; -2 = moderatamente in disaccordo; -3 = fortemente in disaccordo; +1 = lievemente d'accordo; +2 = moderatamente d'accordo; +3 = fortemente d'accordo".

N.	Item						
1.	Il bilancio delle vittime mi preoccupa quando viaggio in autostrada	-3	-2	-1	+1	+2	+3
2.	Trovo difficile affrontare la finalità della morte	-3	-2	-1	+1	+2	+3
3.	Molte persone sono turbate quando vedono una nuova tomba, ma a me non dà fastidio	-3	-2	-1	+1	+2	+3
4.	Trovo sconvolgente la preoccupazione per la morte ai funerali	-3	-2	-1	+1	+2	+3
5.	Sono turbato quando penso alla brevità della vita	-3	-2	-1	+1	+2	+3

Scoring. Punteggi più alti indicano una maggiore paura della morte. Per l'item n. 3 bisogna invertire il punteggio.

APPENDICE 2:

Fear of Death Scale (Boyar)

"Leggi ogni affermazione e decidi se sei d'accordo o in disaccordo con ognuna di essa. Utilizza la seguente scala: +1 = lievemente d'accordo; +2 = moderatamente d'accordo; +3 = fortemente d'accordo; -1 = lievemente in disaccordo; -2 = moderatamente in disaccordo; -3 = fortemente in disaccordo".

	N°	Item
_____	**1**	I cimiteri sembrano turbare molte persone, ma non me.
_____	**2**	L'idea di non pensare più a nulla dopo la morte mi spaventa.
_____	**3**	L'idea che potrei morire giovane non mi tocca.
_____	**4**	La sensazione che perderò molte cose dopo la morte mi disturba.
_____	**5**	Non mi preoccupa l'idea di essere chiuso in una bara quando morirò.
_____	**6**	Molte persone hanno paura di morire, ma non io.
_____	**7**	Il dolore che implica morire mi spaventa.
_____	**8**	L'idea di essere seppellito mi spaventa.
_____	**9**	Non sapere cosa si prova a morire mi rende ansioso.
_____	**10**	Non sono preoccupato di una lunga e lenta morte.
_____	**11**	Ho dei momenti in cui sono veramente turbato dalla morte.
_____	**12**	Le bare mi rendono ansioso.
_____	**13**	Essere totalmente immobile dopo la morte mi spaventa.
_____	**14**	Non poter più provare nulla dopo la morte mi turba.
_____	**15**	La vista di un cadavere non mi rende per nulla ansioso.
_____	**16**	Non sono affatto turbato dalla finalità della morte.
_____	**17**	Il totale isolamento della morte mi spaventa.
_____	**18**	Non mi preoccupa cosa succederà al mio corpo dopo che sarò morto.

APPENDICE 3:

Attitude Toward Death Scale

Versione Standard

"Per ogni affermazione indica il tuo grado di accordo o disaccordo, cerchiando 'A' se sei d'accordo o 'D' se sei in disaccordo. Cerca di rispondere ad ogni affermazione. Considera la morte come se questa avvenisse in questo momento".

N.	Item		
1.	Ciò che chiamiamo morte è solo la nascita dell'anima in una nuova e piacevole vita	A	D
2.	Non bisogna addolorarsi per i morti, perché questi sono eternamente felici in paradiso	A	D
3.	La morte viene per confortarci	A	D
4.	La morte sarà una delle esperienze più interessanti della mia vita	A	D
5.	Una morte pacifica è la degna conclusione di una vita di successo	A	D
6.	Non voglio morire adesso, ma sono lieto che un giorno morirò	A	D
7.	La morte è migliore di una vita dolorosa	A	D
8.	Morirei per salvare il mio migliore amico	A	D
9.	La morte rende le persone uguali	A	D
10.	La morte è un grande mistero	A	D
11.	La morte non è né buona né cattiva poiché non c'è coscienza in essa	A	D
12.	Non puoi portare niente con te quando morirai	A	D
13.	Se sapessi come sarà la morte starei meglio	A	D
14.	È un peccato quando una persona di talento muore, anche se ha smesso di essere creativo	A	D
15.	La morte è un sonno indesiderato	A	D
16.	La morte è da temere perché porta dolore	A	D
17.	Ho paura di morire perché potrebbe esserci una punizione futura	A	D
18.	Non c'è niente di peggio di una persona sana che si suicida	A	D
19.	La morte è la peggiore ed ultima ingiuria contro l'uomo	A	D
20.	Vorrei evitare la morte ad ogni costo	A	D
21.	La morte è la cosa peggiore che potrebbe accadermi.	A	D

Versione Alternativa

Versione A

N.	Item		
1.	La morte è un'utopia	A	D
2.	Non bisogna addolorarsi per i morti perché questi sono eternamente felici in paradiso	A	D
3.	La morte potrebbe essere molto divertente	A	D
4.	La morte viene per confortarci	A	D
5.	La morte sarà una delle esperienze più interessanti della mia vita	A	D
6.	La morte è il sale dell'avventuriero	A	D
7.	La morte è migliore di una vita dolorosa	A	D
8.	Preferirei essere condannato a morte che passare la mia vita in prigione	A	D
9.	La morte rende le persone uguali	A	D
10.	La morte rende ricchi i poveri e poveri i ricchi	A	D
11.	La morte non è né buona né cattiva, poiché non c'è coscienza in essa	A	D
12.	La morte è l'ultima battaglia della vita	A	D
13.	Se sapessi com'è la morte mi sentirei meglio	A	D
14.	È un peccato quando una persona di talento muore, anche se ha smesso di essere creativo	A	D
15.	La morte è un sonno indesiderato	A	D
16.	La morte è il ladro che ci ruba la vita	A	D
17.	L'aborto è sbagliato, perché anche un bambino nel grembo di sua madre ha un'anima	A	D
18.	La morte mette fine a tutti i propri piani, a tutte le proprie speranze	A	D
19.	La morte è la peggiore ed ultima ingiuria contro l'uomo	A	D
20.	Se le ferite sono dolorose, la morte e la dissoluzione del corpo devono essere un'agonia	A	D

Versione B

N.	Item		
1.	Ciò che chiamiamo morte è solo la nascita dell'anima in una nuova e piacevole vita	A	D
2.	Non bisogna addolorarsi per i morti, perché questi sono eternamente felici in paradiso	A	D
3.	La morte potrebbe essere molto divertente	A	D
4.	La morte dà sicurezza a tutti noi	A	D
5.	Una morte pacifica è la degna conclusione di una vita di successo	A	D
6.	Non voglio morire adesso, ma sono lieto che un giorno morirò	A	D
7.	La morte è accolta dall'anima ospitante	A	D

8.	Morirei per salvare il mio migliore amico	A	D
9.	La morte è un grande mistero	A	D
10.	La morte è con noi sin da quando siamo nati	A	D
11.	Poiché non possiamo fare nulla per la morte, non c'è motivo di pensarci	A	D
12.	Non puoi portare niente con te quando morirai	A	D
13.	Trovo difficile accettare che un giorno morirò	A	D
14.	La morte lascia le vite incomplete	A	D
15.	La morte è da temere perché è fuori dal nostro controllo	A	D
16.	La morte è da temere perché porta dolore	A	D
17.	Ho paura di morire perché potrebbe esserci una punizione futura	A	D
18.	Non vale la pensa morire per nulla	A	D
19.	Vorrei evitare la morte ad ogni costo	A	D
20.	La morte è la cosa peggiore che potrebbe accadermi	A	D

APPENDICE 4:

Death Anxiety Scale

Originale (Templer, 1970)

N.	Item			Key
1.	Ho molta paura di morire.	V	F	V
2.	Raramente mi viene in mente il pensiero della morte.	V	F	F
3.	Le persone che parlano della morte non mi rendono nervoso.	V	F	F
4.	Pensare di dover fare un'operazione mi fa paura.	V	F	V
5.	Non ho affatto paura di morire.	V	F	F
6.	Non ho molta paura di ammalarmi di cancro.	V	F	F
7.	Il pensiero della morte non mi infastidisce.	V	F	F
8.	Sono spesso angosciato dal modo in cui il tempo passa velocemente.	V	F	V
9.	Ho paura di morire di una morte dolorosa.	V	F	V
10.	Il tema della vita dopo la morte mi preoccupa molto.	V	F	V
11.	Ho davvero paura di avere un infarto.	V	F	V
12.	Penso spesso a quanto sia breve la vita.	V	F	V
13.	Rabbrividisco quando sento parlare di una Terza Guerra Mondiale.	V	F	V
14.	La vista di un cadavere mi fa orrore.	V	F	V
15.	Sento che non ho nulla da temere del futuro.	V	F	F

Scoring. Per calcolare il punteggio di ansia di morte si assegna un punto ogni volta che il soggetto risponde "Vero" ad un item codificato come "V" e ogni volta che il soggetto risponde "Falso" ad un item codificato come "F". Ne consegue quindi che il punteggio totale può andare da 0 a 15, con punteggi più alti che indicano una maggior ansia di morte. Il formato Likert della DAS proposto da McMordie (1979) fornisce una valutazione su un continuum che va da 1 (fortemente in disaccordo) a 5 (fortemente d'accordo), con in mezzo una risposta neutra (3). Il punteggio totale varia da 15 a 75; punteggi inferiori a 35 indicano bassa ansia di morte, punteggi compresi tra 36 e 55 indicano moderata ansia di morte, e punteggi superiori a 56 indicano elevata ansia di morte.

Estesa (Templer et al., 2006)

N.	Item			Key
1.	Ho molta paura di morire.	V	F	V
2.	Raramente mi viene in mente il pensiero della morte.	V	F	F
3.	Le persone che parlano della morte non mi rendono nervoso.	V	F	F
4.	Pensare di dover fare un'operazione mi fa paura.	V	F	V
5.	Non ho affatto paura di morire.	V	F	F
6.	Non ho molta paura di ammalarmi di cancro.	V	F	F
7.	Il pensiero della morte non mi infastidisce.	V	F	F
8.	Sono spesso angosciato dal modo in cui il tempo passa velocemente.	V	F	V
9.	Ho paura di morire di una morte dolorosa.	V	F	V
10.	Il tema della vita dopo la morte mi preoccupa molto.	V	F	V
11.	Ho davvero paura di avere un infarto.	V	F	V
12.	Penso spesso a quanto sia breve la vita.	V	F	V
13.	Rabbrividisco quando sento parlare di una Terza Guerra Mondiale.	V	F	V
14.	La vista di un cadavere mi fa orrore.	V	F	V
15.	Sento che non ho nulla da temere del futuro.	V	F	F
16.	Ho paura di morire su un aereo dirottato.	V	F	V
17.	Ho paura di essere imbalsamato.	V	F	V
18.	Ho paura che il dottore mi dica che sto morendo.	V	F	V
19.	Ho paura di morire presto.	V	F	V
20.	I film che coinvolgono persone che muoiono mi preoccupano.	V	F	V
21.	Ho paura di morire in un incidente.	V	F	V
22.	Mi preoccupo di cosa mi accadrà quando morirò.	V	F	V
23.	Ho paura di annegare.	V	F	V
24.	Ho molta paura della tortura perpetua dopo la morte.	V	F	V
25.	La morte è una cosa oscura, spaventosa e solitaria.	V	F	V
26.	Ho paura di morire per una malattia mortale.	V	F	V
27.	Non fumo perché ho paura di morire di cancro.	V	F	V
28.	Temo di non sapere quando verrà la morte.	V	F	V
29.	Ho molta paura di bruciare all'inferno.	V	F	V
30.	Ho molta paura di essere torturato a morte.	V	F	V
31.	I sogni che riguardano la morte mi preoccupano.	V	F	V

32.	Avrei paura di volare in aereo perché un incidente potrebbe uccidermi.	V	F	V
33.	Ho paura di dormire da solo.	V	F	V
34.	Ho molta paura di un attacco terroristico.	V	F	V
35.	Sogno spesso la morte.	V	F	V
36.	Evito storie sulla morte.	V	F	V
37.	Ho paura di essere ucciso nel sonno.	V	F	V
38.	Quando sono in posti piccoli mi preoccupo di rimanere intrappolato e di morire.	V	F	V
39.	Non lascerò che i medici mi curino perché a volte uccidono accidentalmente le persone.	V	F	V
40.	Mi preoccupo per il sovradosaggio di farmaci.	V	F	V
41.	Ho paura di essere bruciato o cremato mentre sono ancora vivo.	V	F	V
42.	Ho incubi sulla morte. I sogni sul morire spesso mi svegliano.	V	F	V
43.	Mi innervosisco quando vedo un'ambulanza.	V	F	V
44.	Ho paura di morire in un disastro naturale.	V	F	V
45.	Ho paura di essere ucciso in una guerra.	V	F	V
46.	L'idea della reincarnazione mi spaventa.	V	F	V
47.	Quando penso alla morte non riesco ad addormentarmi.	V	F	V
48.	Non mi piace stare con persone molto anziane.	V	F	V
49.	Sono preoccupato per lo scopo della vita.	V	F	V
50.	Il pensiero di non esistere più mi dà fastidio.	V	F	V
51.	Ho paura di morire oggi.	V	F	V

Scoring. Per calcolare il punteggio di ansia di morte si assegna un punto ogni volta che il soggetto risponde "Vero" ad un item codificato come "V" e ogni volta che il soggetto risponde "Falso" ad un item codificato come "F"; ne consegue che il punteggio totale può andare da 0 a 51, con punteggi più alti che indicano una maggior ansia di morte.

APPENDICE 5:

Death Concern Scale

Rispondi alle seguenti domande tenendo conto che per i primi 11 item 1 = *spesso*, 2 = *a volte*, 3 = *raramente* e 4 = *mai*, mentre per i rimanenti 19 item 1= fortemente in disaccordo, 2 = *a volte in disaccordo*, 3 = *a volte d'accordo*, 4 = *fortemente d'accordo*.

N.	Item						
1.	Penso alla mia morte.	Spesso	1	2	3	4	Mai
2.	Penso alla morte dei miei cari.	Spesso	1	2	3	4	Mai
3.	Penso al morire giovane.	Spesso	1	2	3	4	Mai
4.	Penso alla possibilità di essere ucciso in strada.	Spesso	1	2	3	4	Mai
5.	Ho fantasie sulla mia morte.	Spesso	1	2	3	4	Mai
6.	Penso alla morte prima di andare a dormire.	Spesso	1	2	3	4	Mai
7.	Penso a come mi comporterei se sapessi di morire entro un determinato periodo di tempo.	Spesso	1	2	3	4	Mai
8.	Penso a come agirebbero e si sentirebbero i miei parenti riguardo alla mia morte.	Spesso	1	2	3	4	Mai
9.	Quando sono malato penso alla morte.	Spesso	1	2	3	4	Mai
10.	Quando sono fuori durante un temporale penso alla possibilità di essere colpito da un fulmine.	Spesso	1	2	3	4	Mai
11.	Quando sono in automobile penso all'elevata incidenza di incidenti stradali mortali.	Spesso	1	2	3	4	Mai
12.	Penso che le persone dovrebbero preoccuparsi della morte per la prima volta quando invecchiano.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
13.	Sono preoccupato per la morte più di quelli intorno a me.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
14.	La morte non mi riguarda.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
15.	La mia visione generale del mondo non ammette pensieri morbosi.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
16.	La prospettiva della mia morte suscita in me ansia.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
17.	La prospettiva della mia morte mi deprime.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
18.	La prospettiva della morte dei miei cari suscita in me ansia.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo

19.	La consapevolezza che sicuramente morirò non influisce in alcun modo sulla mia vita.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
20.	Immagino la mia morte come un'esperienza dolorosa e spaventosa.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
21.	Ho paura di morire.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
22.	Ho paura di essere morto.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
23.	Molte persone si turbano alla vista di una nuova tomba, ma a me non dà fastidio.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
24.	Sono turbato quando penso alla brevità della vita.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
25.	Pensare alla morte è una perdita di tempo.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
26.	La morte non dovrebbe essere considerata una tragedia se si verifica dopo una vita produttiva.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
27.	L'inevitabile morte dell'uomo pone una seria sfida alla significatività dell'esistenza umana.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
28.	La morte è in definitiva benefica, perché facilita il cambiamento nella società.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
29.	Desidero continuare a vivere dopo la morte.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo
30.	La questione se ci sia o meno una vita dopo la morte mi preoccupa notevolmente.	Fortemente in disaccordo	1	2	3	4	Fortemente d'accordo

Scoring. Per calcolare la preoccupazione d'ansia totale si invertono i punteggi (1 = 4 punti, 2 = 3 punti…); questo ad eccezione degli item 13, 16, 17, 18, 20, 21, 22, 24, 27, 29 e 30, dove il punteggio non viene invertito (1 = 1 punto, 2 = 2 punti…). Il punteggio totale della scala può variare da 30 a 120.

APPENDICE 6:

Collet-Lester Fear of Death Scale

Originale

"Di seguito vengono presentate una serie di dichiarazioni generali; indica quanto sei d'accordo o in disaccordo con tali dichiarazioni, registrando la tua opinione nello spazio vuoto davanti a ogni item secondo la seguente scala: +1 = lievemente d'accordo; +2 = moderatamente d'accordo; +3 = fortemente d'accordo; -1 = lievemente in disaccordo; -2 = moderatamente in disaccordo; -3 = fortemente in disaccordo. Leggi ogni item e decidi *rapidamente* come ti senti a riguardo; quindi, indica quanto ti senti d'accordo o in disaccordo. Registra le tue prime impressioni. Si prega di rispondere a *ogni* item.".

	N°	Item
_____	**1**	Eviterei la morte ad ogni costo
_____	**2**	Sperimenterei una grande perdita se morisse qualcuno a me caro.
_____	**3**	Non mi sentirei ansioso in presenza di qualcuno che so che sta morendo.
_____	**4**	Il totale isolamento che causa la morte mi spaventa.
_____	**5**	La degenerazione fisica che una morte lenta implica mi disturba.
_____	**6**	Non mi preoccuperebbe morire giovane.
_____	**7**	Accetto la morte degli altri come la fine della loro vita sulla terra.
_____	**8**	Non mi preoccuperebbe visitare un amico con una demenza senile.
_____	**9**	Mi adatterei rapidamente alla morte di qualcuno a me caro.
_____	**10**	Se potessi scegliere se informare un amico della sua imminente morte, glielo direi.
_____	**11**	Eviterei un amico che sta morendo.
_____	**12**	Vorrei poter comunicare con lo spirito di un amico che è morto.
_____	**13**	La morte potrebbe essere un'esperienza interessante.
_____	**14**	Considero la morte come una liberazione dalla sofferenza terrena.
_____	**15**	Il dolore che la morte causa mi spaventa.
_____	**16**	Vorrei sapere se un amico sta morendo.
_____	**17**	La brevità della vita mi turba.
_____	**18**	Non mi preoccuperebbe dover identificare il cadavere di un conoscente.
_____	**19**	Non riuscirei mai a superare la morte di qualcuno a me caro.
_____	**20**	La sensazione che una volta morto potrei perdere molte cose mi infastidisce.
_____	**21**	Non penso che i morti abbiano una qualche tipo di esistenza.

_____	**22**	Mi sentirei a disagio se qualcuno mi parlasse dell'imminente morte di un amico
_____	**23**	Non mi preoccupa non sapere come ci si sente a essere morti.
_____	**24**	Se avessi una malattia mortale vorrei che mi venisse detto.
_____	**25**	Vorrei visitare un amico sul letto di morte.
_____	**26**	L'idea di non poter provare più nulla dopo la morte non mi spaventa.
_____	**27**	Mi dispiacerebbe molto se morisse qualcuno a me caro.
_____	**28**	Il fatto che la morte sia la fine della vita per come la conosco non mi disturba.
_____	**29**	Mi sentirei in ansia se qualcuno che sta morendo me ne parlasse.
_____	**30**	La degenerazione intellettiva della vecchiaia mi turba.
_____	**31**	Non vorrei che mi venisse detto se un amico sta morendo
_____	**32**	Non posso accettare la finalità della morte di un amico.
_____	**33**	Vedere o incontrare qualcuno che era morto mi sconvolgerebbe.
_____	**34**	Se sapessi che un amico sta morendo non saprei cosa dirgli.
_____	**35**	Vorrei vedere la degenerazione fisica di un amico che sta morendo
_____	**36**	Il pensiero che mentre sto morendo le mie capacità saranno limitate mi disturba.

Scoring. Per ogni sottoscala, gli item possono essere positivi o negativi. Prima di essere sommati, i punteggi degli item negativi devono essere invertiti (+3 diventa -3), e viceversa per gli item positivi. Il punteggio finale su ogni sottoscala ha significato solo in relazione al punteggio di qualcun altro sulla stessa sotto-scala. I punteggi su diverse sotto-scale non possono essere confrontati. Inoltre, un punteggio positivo non indica paura della morte e un punteggio negativo non indica nessuna paura della morte.

	Item	
Sottoscala	**Positivi**	**Negativi**
Morte del Sé	1, 4, 17, 20	6, 14, 23, 26, 28
Morte degli Altri	2, 13, 19, 27, 32, 33	7, 9, 18, 21
Processo di morte del Sé	5, 15, 30, 36	12, 24
Processo di morte degli Altri	11, 22, 29, 31, 34, 35	3, 8, 10, 16, 25

Rivisitata

"*Quanto i seguenti aspetti della morte e del morire ti turbano o rendono ansioso?* Leggi ogni item e rispondi rapidamente. Non perdere troppo tempo a pensare alla tua risposta. Vogliamo la tua prima impressione di cosa pensi in questo momento. Cerchia il numero che meglio rappresenta il tuo sentimento, su una scala che va da 5 = molto a 1 = per niente".

La propria morte						
1.	Il totale isolamento della morte.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
2.	La brevità della vita.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
3.	Perdersi molte cose dopo la morte.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
4.	Morire giovane.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
5.	Come ci si sentirà a essere morti.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
6.	Non pensare o provare mai più niente.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
7.	La disintegrazione del corpo dopo la morte.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

Il proprio processo di morte						
1.	La degenerazione fisica che implica una morte lenta.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
2.	Il dolore che implica il morire.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
3.	La degenerazione intellettiva della vecchiaia.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
4.	Che le tue abilità saranno limitate mentre morirai.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
5.	L'incertezza su quanto coraggiosamente affronterai la morte.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
6.	La mancanza di controllo sul processo di morte.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
7.	La possibilità di morire in ospedale lontano da famiglia e amici.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

La morte degli altri						
1.	La perdita di qualcuno a te caro.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
2.	Dover vedere il cadavere di altri.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
3.	Non essere più in grado di comunicare con loro.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
4.	Sentirsi in colpa per non essere stato gentile quando erano vivi.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
5.	Invecchiare senza di loro.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

6.	Sentirsi in colpa per il fatto di essere vivi mentre loro sono morti.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
7.	Sentirsi soli senza di loro.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

Il processo di morte degli altri						
1.	Dover stare con qualcuno che sta morendo.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
2.	Che gli altri vogliano parlare con te del fatto che stanno morendo.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
3.	Vederli soffrire.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
4.	Vedere la degenerazione fisica del loro corpo.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
5.	Non sapere come gestire il dolore per la loro perdita quando sei con loro.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
6.	Vedere la degenerazione delle loro abilità mentali.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**
7.	Renderti conto che farai la loro stessa esperienza un giorno.	**5**	**4**	**3**	**2**	**1**

Scoring. Per ogni sottoscala, si sommano i punteggi dati dal partecipante. In questo modo è possibile ottenere un punteggio per le quattro dimensioni (minimo 7, massimo 35) della morte e un punteggio totale della paura della morte (minimo 28, massimo 140). Punteggi più alti indicano una maggiore paura della morte.

APPENDICE 7:

Multidimensional Fear of Death Scale

"Di seguito sono elencati gli eventi e le circostanze relative alla morte che generano paura nelle persone. Per ogni affermazione, indica il tuo grado di accordo o disaccordo, cerchiando il numero che ritieni più opportuno, tenendo conto che 1 = *Fortemente d'accordo*, 2 = *Mediamente d'accordo*, 3 = *Né d'accordo né in disaccordo*, 4 = *Mediamente in disaccordo*, 5 = *Fortemente in accordo*. Non saltare nessuna domanda, se puoi".

N.	Item					
1.	Ho paura di morire molto lentamente	1	2	3	4	5
2.	Ho paura di visitare un'agenzia di pompe funebri	1	2	3	4	5
3.	Vorrei donare il mio corpo alla scienza	1	2	3	4	5
4.	Ho paura che i membri della mia famiglia possano morire	1	2	3	4	5
5.	Temo che non ci sia un aldilà	1	2	3	4	5
6.	Probabilmente ci sono molte persone dichiarate morte che in realtà sono ancora vive	1	2	3	4	5
7.	Ho paura che il mio corpo venga sfigurato quando muoio	1	2	3	4	5
8.	Ho paura di non raggiungere i miei obiettivi prima di morire	1	2	3	4	5
9.	Ho paura di incontrare il mio Creatore	1	2	3	4	5
10.	Ho paura di essere sepolto vivo	1	2	3	4	5
11.	Temo il pensiero che il mio corpo venga imbalsamato un giorno	1	2	3	4	5
12.	Temo che non vivrò abbastanza a lungo per godermi la pensione	1	2	3	4	5
13.	Ho paura di morire in un incendio	1	2	3	4	5
14.	Toccare un cadavere non mi darebbe fastidio	1	2	3	4	5
15.	Non voglio che dopo la mia morte gli studenti di medicina usino il mio corpo per fare pratica	1	2	3	4	5
16.	Se le persone a cui sono molto vicino dovessero morire improvvisamente, soffrirei per molto tempo	1	2	3	4	5
17.	Se dovessi morire domani, la mia famiglia sarebbe sconvolta per molto tempo	1	2	3	4	5
18.	Temo che la morte sia la fine della propria esistenza	1	2	3	4	5
19.	Bisognerebbe condurre delle autopsie per assicurarsi che le persone siano morte	1	2	3	4	5
20.	Il pensiero che il mio corpo venga ritrovato dopo la mia morte mi spaventa	1	2	3	4	5
21.	Ho paura di non avere il tempo per sperimentare tutto ciò che voglio	1	2	3	4	5
22.	Ho paura di provare molto dolore mentre muoio	1	2	3	4	5

23.	Scoprire un cadavere sarebbe un'esperienza orribile	1	2	3	4	5
24.	Non mi piace il pensiero di essere cremato	1	2	3	4	5
25.	Dal momento che tutti muoiono, non sarò sconvolto quando i miei amici moriranno	1	2	3	4	5
26.	Avrei paura di camminare in un cimitero, da solo, di notte	1	2	3	4	5
27.	Ho paura di morire di cancro	1	2	3	4	5
28.	Non importa se sono sepolto in una scatola di legno o in una volta d'acciaio	1	2	3	4	5
29.	Mi spaventa pensare di poter essere cosciente mentre sono sdraiato in un obitorio	1	2	3	4	5
30.	Temo che non possa esserci un Essere Supremo	1	2	3	4	5
31.	Ho paura di soffocare (incluso l'annegamento)	1	2	3	4	5
32.	Mi darebbe fastidio rimuovere un animale morto dalla strada	1	2	3	4	5
33.	Non voglio donare i miei occhi dopo la mia morte	1	2	3	4	5
34.	A volte mi arrabbio quando i mei conoscenti muoiono	1	2	3	4	5
35.	Il pensiero di essere rinchiuso in una bara dopo la mia morte mi spaventa	1	2	3	4	5
36.	Nessuno può dire con certezza cosa accadrà dopo la morte	1	2	3	4	5
37.	Se morissi, i miei amici sarebbero sconvolti per molto tempo	1	2	3	4	5
38.	Spero che più di un medico mi visiti prima che io venga dichiarato morto	1	2	3	4	5
39.	Ho paura delle cose morte	1	2	3	4	5
40.	Il pensiero del mio corpo che decade dopo la mia morte mi spaventa	1	2	3	4	5
41.	Ho paura di non vedere crescere i miei figli	1	2	3	4	5
42.	Ho paura di morire violentemente	1	2	3	4	5

Scoring. È possibile calcolare sia un punteggio totale di ansia di morte, sia un punteggio per le singole dimensioni, sommando i punteggi degli item di ogni sottoscala. Per gli item 3, 9, 14, 25 e 28 è necessario invertire il punteggio (1 = 5, 2 = 4…). Bassi punteggi indicano elevata paura della morte. Per il calcolo del punteggio delle singole dimensioni tenere conto che:

1. La dimensione "*Paura del processo di morte*" è composta dagli item 1, 13, 22, 27, 31 e 42.
2. La dimensione "*Paura dei morti*" è composta dagli item 2, 14, 23, 26, 32 e 39.
3. La dimensione "*Paura di essere distrutti*" è composta dagli item 3, 15, 24 e 33.
4. La dimensione "*Paura per altri significativi*" è composta dagli item 4, 16, 17, 25, 34 e 37.
5. La dimensione "*Paura dell'ignoto*" è composta dagli item 5, 9, 18, 30 e 36.
6. La dimensione "*Paura della morte cosciente*" è composta dagli item 6, 10, 19, 29 e 38.
7. La dimensione "*Paura per il proprio corpo dopo la morte*" è composta dagli item 7, 11, 20, 28, 35 e 40.
8. La dimensione "*Paura della morte prematura*" è composta dagli item 8, 12, 21 e 41.

APPENDICE 8:

Death Attitude Profile

Originale (DAP)

"Indica il tuo grado di accordo con ognuna delle seguenti affermazioni, tenendo conto che 1 = *Fortemente in disaccordo* e 5 = *Fortemente d'accordo*".

N.	Item					
1.	Vedo la morte come un passaggio ad una pace eterna e benevola.	1	2	3	4	5
2.	Sono stanco di vivere.	1	2	3	4	5
3.	Mi spaventa morire di una morte violenta.	1	2	3	4	5
4.	La morte è semplicemente una parte del processo di vita.	1	2	3	4	5
5.	Non temo né accolgo la morte.	1	2	3	4	5
6.	Non vedo nessuno scopo o significato nel prolungare questa vita.	1	2	3	4	5
7.	Ho paura di morire una morte dolorosa.	1	2	3	4	5
8.	Trovo difficile affrontare la questione ultima della morte.	1	2	3	4	5
9.	Non vedo il motivo di essere preoccupati per la morte.	1	2	3	4	5
10.	Ho paura di morire prematuramente.	1	2	3	4	5
11.	Non vedo l'ora di vivere una vita dopo la morte.	1	2	3	4	5
12.	Sento che non c'è niente da aspettare in questo mondo.	1	2	3	4	5
13.	Credo che andrò in paradiso dopo la morte.	1	2	3	4	5
14.	Ho paura di morire lentamente.	1	2	3	4	5
15.	La morte fa poca differenza per me.	1	2	3	4	5
16.	Sono rassegnato al fatto che tutti dobbiamo morire.	1	2	3	4	5
17.	Il pensiero della brevità della vita mi disturba.	1	2	3	4	5
18.	Avere paura del dolore ha senso, ma la morte è un sollievo dal dolore.	1	2	3	4	5
19.	Credo che il paradiso sarà un posto migliore di questo mondo.	1	2	3	4	5
20.	La prospettiva della mia morte mi suscita ansia.	1	2	3	4	5
21.	Vedo la morte come un sollievo dal fardello di questa vita.	1	2	3	4	5

Scoring. Per ogni sotto-scala è possibile calcolare un punteggio medio, dividendo il punteggio totale (della sotto-scala) per il numero di item che la compongono.

Accettazione-Approccio	Accettazione-Fuga	Accettazione Neutra	Paura Morte/Morire
1, 11, 13, 19	2, 6, 12, 15, 18, 21	4, 5, 9, 16	3, 7, 8, 10, 14, 17, 20

Rivisitata (DAP-R)

"Indica il tuo grado di accordo con ognuna delle seguenti affermazioni, tenendo conto che 1 = *Fortemente in disaccordo* e 7 = *Fortemente d'accordo*".

N.	Item							
1.	La morte è senza dubbio un'esperienza triste.	1	2	3	4	5	6	7
2.	La prospettiva della mia morte mi suscita ansia.	1	2	3	4	5	6	7
3.	Evito i pensieri sulla morte a tutti i costi.	1	2	3	4	5	6	7
4.	Credo che andrò in paradiso dopo la morte.	1	2	3	4	5	6	7
5.	La morte metterà fine a tutti i miei problemi.	1	2	3	4	5	6	7
6.	La morte dovrebbe essere vista come un evento naturale, innegabile e inevitabile.	1	2	3	4	5	6	7
7.	La finalità della morte mi disturba.	1	2	3	4	5	6	7
8.	La morte è la porta d'ingresso per un posto di massima soddisfazione.	1	2	3	4	5	6	7
9.	La morte costituisce una fuga da questo mondo terribile.	1	2	3	4	5	6	7
10.	Ogni volta che il pensiero della morte entra nella mia mente cerco di respingerlo via.	1	2	3	4	5	6	7
11.	La morte è la liberazione dal dolore e dalla sofferenza.	1	2	3	4	5	6	7
12.	Cerco di non pensare alla morte.	1	2	3	4	5	6	7
13.	Credo che il paradiso sarà un posto migliore di questo mondo.	1	2	3	4	5	6	7
14.	La morte è un aspetto naturale della vita.	1	2	3	4	5	6	7
15.	La morte è l'unione con Dio e con l'eterna beatitudine.	1	2	3	4	5	6	7
16.	La morte porta la promessa di una nuova e gloriosa vita.	1	2	3	4	5	6	7
17.	Non temo né accolgo la morte.	1	2	3	4	5	6	7
18.	Ho un'intensa paura della morte.	1	2	3	4	5	6	7
19.	Evito di pensare alla morte del tutto.	1	2	3	4	5	6	7
20.	Il tema della vita dopo la morte mi preoccupa molto.	1	2	3	4	5	6	7
21.	Il fatto che la morte significhi la fine di tutto quello che conosco mi spaventa.	1	2	3	4	5	6	7
22.	Non vedo l'ora di riunirmi con i miei cari dopo la morte.	1	2	3	4	5	6	7
23.	Vedo la morte come una liberazione dalle sofferenze terrene.	1	2	3	4	5	6	7
24.	La morte è semplicemente una parte del processo di vita.	1	2	3	4	5	6	7
25.	Vedo la morte come un passaggio a una pace eterna e benevola.	1	2	3	4	5	6	7
26.	Cerco di non avere nulla a che fare col tema della morte.	1	2	3	4	5	6	7
27.	La morte offre la liberazione dell'anima.	1	2	3	4	5	6	7

28.	Una cosa che mi dà conforto nell'affrontare la morte è la credenza nella vita dopo la morte	1	2	3	4	5	6	7
29.	Vedo la morte come una liberazione dal fardello di questa vita	1	2	3	4	5	6	7
30.	La morte non è né buona né cattiva.	1	2	3	4	5	6	7
31.	Non vedo l'ora di vivere una vita dopo la morte.	1	2	3	4	5	6	7
32.	L'incertezza di non sapere cosa mi accadrà dopo la morte mi spaventa.	1	2	3	4	5	6	7

Scoring. Per ogni sotto-scala è possibile calcolare un punteggio medio, dividendo il punteggio totale (della sotto-scala) per il numero di item che la compongono.

Accettazione-Approccio	Accettazione-Fuga	Accettazione Neutra	Paura della Morte	Evitamento della Morte
4, 8, 15, 15, 16, 22, 25, 27, 28, 31	5, 9, 11, 23, 29	6, 14, 17, 24, 30	1, 2, 7, 18, 20, 21, 32	3, 10, 12, 19, 26

APPENDICE 9:

Revised Death Anxiety Scale

"Per ognuna delle seguenti affermazioni esprimi il tuo grado di accordo, tenendo conto che 0 = *Fortemente in disaccordo* e 4 = *Fortemente d'accordo*".

N.	Item					
1.	Ho paura di morire una morte dolorosa.	0	1	2	3	4
2.	Non so come il prossimo mondo mi darà fastidio.	0	1	2	3	4
3.	L'idea di non poter più pensare dopo la morte mi spaventa.	0	1	2	3	4
4.	Non sono così ansioso in merito a cosa succede al corpo dopo la sepoltura.	0	1	2	3	4
5.	Le bare mi rendono ansioso.	0	1	2	3	4
6.	Odio pensare che dopo che sarò morto perderò il controllo sui miei affari.	0	1	2	3	4
7.	Essere totalmente immobile dopo la morte mi spaventa.	0	1	2	3	4
8.	Mi spaventa pensare di subire un'operazione.	0	1	2	3	4
9.	Il tema della vita dopo la morte mi preoccupa molto.	0	1	2	3	4
10.	Non ho paura di una morte lunga e dolorosa.	0	1	2	3	4
11.	L'idea di essere chiuso in una bara quando morirò non mi preoccupa.	0	1	2	3	4
12.	Odio l'idea che sarà impotente dopo la morte.	0	1	2	3	4
13.	Non sono del tutto preoccupato se ci sia o meno una vita dopo la morte.	0	1	2	3	4
14.	Non provare più niente dopo la morte mi sconvolge.	0	1	2	3	4
15.	Il dolore che implica il morire mi spaventa.	0	1	2	3	4
16.	Non vedo l'ora di vivere una nuova vita dopo la morte.	0	1	2	3	4
17.	Non mi preoccupa poter essere impotente.	0	1	2	3	4
18.	Il pensiero che il mio corpo si decomporrà in un cimitero mi spaventa.	0	1	2	3	4
19.	La sensazione che perderò molte cose dopo la morte mi disturba.	0	1	2	3	4
20.	Sono preoccupato su cosa accadrà a tutti noi dopo la morte.	0	1	2	3	4
21.	Non sono del tutto preoccupato sull'avere il controllo delle cose.	0	1	2	3	4
22.	Il totale isolamento della morte mi spaventa.	0	1	2	3	4
23.	Non sono particolarmente spaventato di ammalarmi di cancro.	0	1	2	3	4
24.	Lascerò istruzioni accurate su come dovrebbero essere fatte le cose dopo la mia morte.	0	1	2	3	4
25.	Cosa succederà al mio corpo dopo la morte non mi preoccupa.	0	1	2	3	4

Scoring. Punteggi più alti indicano una maggiore paura della morte; per gli item 4, 10, 11, 13, 16, 17, 21, 23 e 25 bisogna invertire il punteggio.

Dimensioni	**Item**
Paura dell'isolamento e dell'immobilità	2, 3, 6, 7, 12, 14, 19, 20, 22
Paura del dolore	10, 11, 15, 17, 21, 23
Paura della finalità della morte	5, 9, 13, 16, 18
Paura della sepoltura e della decomposizione	1, 4, 8, 24

APPENDICE 10:

Death Anxiety Inventory

Originale (Tomas-Sabado e Gomez-Benito, 2005)

"Per ognuna delle seguenti affermazioni esprimi il tuo grado di accordo, tenendo conto che 1 = *Fortemente in disaccordo* e 5 = *Fortemente d'accordo*".

N.	Item					
1.	Mi angoscia entrare in un cimitero.	1	2	3	4	5
2.	La certezza della morte rende la vita priva di significato.	1	2	3	4	5
3.	Mi infastidisce sentire parlare della morte.	1	2	3	4	5
4.	Mi ha sempre preoccupato la possibilità di morire giovane.	1	2	3	4	5
5.	Trovo difficile accettare l'idea che tutto finisca con la morte.	1	2	3	4	5
6.	Credo che sarei più felice se ignorassi il fatto che prima o poi dovrò morire.	1	2	3	4	5
7.	Penso di avere più paura della morte di altre persone.	1	2	3	4	5
8.	Invecchiare mi preoccupa.	1	2	3	4	5
9.	È difficile accettare che prima o poi dovrò morire.	1	2	3	4	5
10.	Non accetterei mai un lavoro in un'impresa di pompe funebri.	1	2	3	4	5
11.	L'idea che non ci sia nulla dopo la morte mi spaventa.	1	2	3	4	5
12.	L'idea della morte mi turba.	1	2	3	4	5
13.	Mi domando spesso a quale sarà la causa della mia morte	1	2	3	4	5
14.	Mi piacerebbe vivere fino a un'età avanzata.	1	2	3	4	5
15.	Le bare mi rendono nervoso.	1	2	3	4	5
16.	Mi preoccupa quello che ci può essere dopo la morte.	1	2	3	4	5
17.	Penso spesso che potrei avere una malattia grave.	1	2	3	4	5
18.	Morire è la cosa peggiore che mi possa succedere.	1	2	3	4	5
19.	La vista di un cadavere mi impressiona molto.	1	2	3	4	5
20.	Penso spesso alla mia morte.	1	2	3	4	5

Scoring. Punteggi più alti indicano maggiore paura della morte.

Dimensione	Item
Ansia della Morte Esternamente generata	1, 3, 10, 15, 19
Significato e Accettazione della Morte	7, 9, 12, 14, 18
Pensieri sulla Morte	4, 13, 17, 20
Vita dopo la Morte	5, 11, 16
Brevità della Vita	2, 6, 8

Rivisitata (Tomas-Sabado et al., 2005)

"Per ognuna delle seguenti affermazioni esprimi il tuo grado di accordo, tenendo conto che 1 = *Fortemente in disaccordo* e 5 = *Fortemente d'accordo*".

N.	Item					
1.	Mi angoscia entrare in un cimitero.	1	2	3	4	5
2.	La certezza della morte rende la vita priva di significato.	1	2	3	4	5
3.	Mi infastidisce sentire parlare della morte.	1	2	3	4	5
4.	Trovo difficile accettare l'idea che tutto finisca con la morte.	1	2	3	4	5
5.	Credo che sarei più felice se ignorassi il fatto che prima o poi dovrò morire.	1	2	3	4	5
6.	Penso di avere più paura della morte di altre persone.	1	2	3	4	5
7.	È difficile accettare che prima o poi dovrò morire.	1	2	3	4	5
8.	Non accetterei mai un lavoro in un'impresa di pompe funebri.	1	2	3	4	5
9.	L'idea che non ci sia nulla dopo la morte mi spaventa.	1	2	3	4	5
10.	L'idea della morte mi turba.	1	2	3	4	5
11.	Mi domando spesso a quale sarà la causa della mia morte	1	2	3	4	5
12.	Le bare mi rendono nervoso.	1	2	3	4	5
13.	Mi preoccupa quello che ci può essere dopo la morte.	1	2	3	4	5
14.	Penso spesso che potrei avere una malattia grave.	1	2	3	4	5
15.	Morire è la cosa peggiore che mi possa succedere.	1	2	3	4	5
16.	La vista di un cadavere mi impressiona molto.	1	2	3	4	5
17.	Penso spesso alla mia morte.	1	2	3	4	5

Scoring. Punteggi più alti indicano maggiore ansia di morte.

Dimensione	Item
Ansia della Morte Esternamente generata	1, 8, 12, 16
Accettazione della Morte	2, 3, 5, 6, 7, 15
Pensieri sulla Morte	4, 9, 10, 13
Vita dopo la Morte	11, 14, 17

APPENDICE 11:

Threat Index

Elicited Form (TI_E)

Il *Threat Index* è stato originariamente introdotto come un'intervista (Krieger et al., 1974), che era in gran parte dedicata all'elicitazione dei costrutti rilevanti per la morte. Questo obiettivo è stato perseguito utilizzando 10 carte presentate in gruppi da tre, definiti 'triadi'. Nella prima delle carte (carta n. 1) c'era semplicemente scritta la parola 'Morte'. Nelle altre nove c'erano scritte diverse situazioni che coinvolgevano la morte:

- Carta n. 2: 'Scopri di avere la leucemia e solo poche settimane di vita'.
- Carta n. 3: 'Il tuo amico più caro viene ucciso in un incidente aereo'.
- Carta n. 4: 'Tua nonna muore nel sonno'.
- Carta n. 5: 'L'assassinio del presidente Kennedy'.
- Carta n. 6: 'Un monaco buddista si brucia per protestare contro la guerra in Indocina'.
- Carta n. 7: 'Investi e uccidi un bambino piccolo'.
- Carta n. 8: 'Un bambino muore avvelenato dal piombo mangiando trucioli di vernice'.
- Carta n. 9: 'Pena capitale'.
- Carta n. 10: 'Un maniaco omicida è a piede libero e ha già brutalmente mutilato sei persone nella tua comunità'.

In un lavoro successivo (Krieger et al., 1979) queste 10 carte sono state modificate: le carte n. 1, 2, 3, 4, 7 e 10 sono state mantenute, diventando – rispettivamente – le carte n. 1, 2, 3, 4, 5 e 6, mentre le restanti carte sono state sostituite dalle seguenti, per un totale di 11 carte:

- Carta n. 7: 'Tuo padre muore mentre cerca di salvare un'altra persona che sta annegando';
- Carta n. 8: 'Una madre divorziata di due figli muore per overdose';
- Carta n. 9: 'Un bambino geneticamente deformato viene lasciato morire in ospedale';
- Carta n. 10: 'Un paziente terminale muore dopo mesi di dolore irrefrenabile';

- Carta n. 11: ‘Tre bambini muoiono a seguito di un tornado che colpisce la loro scuola’.

La procedura sperimentale iniziava con lo sperimentatore che leggeva al partecipante un’introduzione all’argomento per informarlo sulla natura dell’esperimento e per aiutarlo a metterlo a suo agio. Lo sperimentatore disponeva quindi la prima triade di carte (n. 1, n. 2 e n. 3) di fronte al soggetto. La prima carta, la carta ‘Morte’, è stata presentata in ogni triade per aiutare il partecipante a focalizzarsi su costrutti rilevanti per la morte. Al soggetto è stato poi chiesto: ‘In che misura le carte n. 2 (‘*Scopri di avere la leucemia e solo poche settimane di vita’*) e n. 3 *(‘Il tuo amico più caro viene ucciso in un incidente aereo’*) sono uguali e diverse dalla n. 1 (*‘Morte’*)?’. Lo sperimentatore inseriva la risposta del soggetto (per esempio ‘*Tragico’*) su un foglio di registrazione sotto la colonna etichettata ‘Polo di Costrutto’ e chiedeva: ‘Qual è l’opposto di questa risposta?’. La risposta del soggetto (ad esempio, ‘*Non tragico*’) veniva inserita sotto la colonna etichettata come ‘Polo di Contrasto’.

Tabella 1*. Cinque esempi di dimensioni di costrutto usate per valutare la minaccia (tradotto da Krieger et al., 1974)*

Polo di costrutto	Sé preferito	Sé	Morte	Polo di contrasto	Sé preferito	Sé	Morte	Scissione indicante minaccia
Tragico			X	Non tragico	X	X		X
Non mi riguarda	X	X		Mi riguarda			X	X
Brutta situazione				Buona situazione	X	X	X	
Rimanere felici	X	X		Essere depressi			X	X
Facile da affrontare	X	X		Passare un brutto periodo			X	X
							Punteggio Totale *Threat Index*	**4**

Le dimensioni di costrutto ottenute tramite la procedura della triade sono chiamate costrutti subordinati. Poi, usando la tecnica del laddering, lo sperimentatore elicita una serie di costrutti sovraordinati. La tecnica del laddering prevede di chiedere al soggetto “Preferisci associare te stesso come _____ (Polo di costrutto) o come _____ (Polo di contrasto). A seconda della risposta del soggetto, lo sperimentatore segna una ‘X’ nell’apposita casella ‘*Sé Preferito*’ a destra del costrutto scelto (nell’esempio che si vede nella *Tabella 1*, il soggetto preferisce vedersi come non tragico, quindi come il polo di contrasto; la ‘X’ viene quindi segnata nella casella ‘Sé preferito’ che sta a fianco del ‘Polo di contrasto’). Al soggetto veniva poi chiesto “Perché preferisci vederti in questo modo rispetto all’altro?’. Se aveva difficoltà a rispondere, gli veniva posta la domanda aggiuntiva ‘Quali sono i vantaggi di questo (polo preferito) rispetto agli svantaggi di quello (il polo non

preferito)?', e gli veniva suggerita la frase incompleta ['Preferisco vedermi come (il polo preferito) perché...']. Questa risposta (nell'esempio in *Tabella 2.1*, '*Non mi riguarda*') veniva segnata nella seconda riga; si chiedeva poi l'opposto (nell'esempio, 'Mi riguarda'), di esprimere una preferenza tra le due risposte (segnando una 'X' nell'apposita casella 'Sé preferito') e infine di dire il perché di questa preferenza (segnata nella riga successiva). Questo ciclo continuava fino a quando il soggetto non era più in grado di rispondere alla domanda 'Perché questa preferenza?'. A questo punto gli veniva presentata una nuova triade di carte e veniva svolta la stessa procedura, fino a quando non venivano raccolti 30 costrutti. Lo sperimentatore iniziava una nuova triade anche quando il soggetto iniziava a ripetere costrutti precedentemente dati. Poiché era importante ottenere 30 diversi costrutti, il soggetto veniva interrogato ogni qualvolta ci fossero dei dubbi sulla differenza tra due costrutti. Se il soggetto diceva che intendeva la stessa cosa con le due frasi in questione, si presumeva che fossero lo stesso costrutto, e uno veniva quindi scartato.

Una volta registrati 30 diversi costrutti insieme a una preferenza di polo per ciascuno, lo sperimentatore reindirizzava l'attenzione del soggetto al primo costrutto, chiedendogli: 'Ti vedi come _____ (Polo di costrutto) o come _____ (Polo di contrasto)?'. Lo sperimentatore segnava una 'X' nell'apposita casella 'Sé' a destra del costrutto indicato dal soggetto (nell'esempio in Tabella, il soggetto si vede come 'Non tragico'); se il soggetto rispondeva 'Nessuno dei due', allora nessuna delle due caselle veniva selezionata. Infine, al soggetto veniva chiesto: 'Vedi la tua morte come _____ (Polo di costrutto) o come _____ (Polo di contrasto)?'. La risposta veniva registrata nell'apposita casella 'Morte' (nell'esempio in Tabella, il soggetto vede la morte come 'Tragica'). Lo sperimentatore ripeteva questa procedura per tutti i 30 costrutti.

Successivamente, Krieger et al. (1974) hanno ridotto il numero di costrutti a 24, poiché osservarono che i soggetti avevano difficoltà ad evocare 30 costrutti.

Scoring. Il punteggio sul TI_E si ottiene semplicemente contando le 'scissioni', ossia il numero di volte in cui il soggetto poneva il Sé (S) e il Sé preferito (P) su un polo e la Morte (D) in quello opposto, come si vede nella prima riga della *Tabella 1*, dove il soggetto ha indicato sé stesso e il sé preferito

come '*Non tragici*' e la morte come '*Tragica*'. Recenti adattamenti del TI hanno escluso la collocazione dell'elemento P (Sé preferito), poiché la ricerca indica che il solo numero di scissioni tra S e D fornisce una misura valida della minaccia di morte.

Provided Form

Nel TI_P, la lunga fase di elicitazione dei costrutti è stata sostituita con un elenco di 40 costrutti bipolari, quelli più comunemente elicitati nella versione originaria del TI (TI_E). Nella seconda fase venivano date le seguenti istruzioni, riportate in una pagina separata per ciascuno dei tre elementi (Sé, Sé preferito e Morte):

1. Elemento Sé: "Di seguito è riportato un elenco di dimensioni, ciascuna delle quali è costituito da una coppia di opposti. Per ogni dimensione, cerchia a cui associ più strettamente te stesso o la tua vita presente. In alcuni casi, potresti sentirti come se entrambi i lati ti descrivessero in una certa misura, ma per favore cerchia solo un lato di ogni dimensione, quello che ti descrive meglio. Ad esempio, ti vedi più prevedibile o casuale?"
2. Elemento Sé preferito: "Per ciascuna delle dimensioni sottostanti, cerchia il lato a cui associ di più il tuo sé ideale o il modo in cui preferiresti vivere. Ad esempio, preferiresti essere più prevedibile o casuale?"
3. Elemento Morte: "Per ciascuna delle dimensioni sottostanti, cerchia il lato a cui associ più strettamente la tua morte, come se dovesse accadere in questo momento della tua vita".

Nelle versioni TI_P bipolari le dimensioni venivano semplicemente elencate dopo ogni istruzione, nelle versioni scalari i due poli si trovavano agli estremi di una scala Likert a 7 punti (ad esempio, Prevedibile 1 2 3 4 5 6 7 Casuale)

DIMENSIONI TI_{P40}					
Prevedibile	……	Casuale	Cattivo	……	Buono
Vuoto	……	Significativo	Non premuroso	……	Premuroso
Mancanza di controllo	……	Controllo	Folle	……	Sano

Soddisfatto	……	Insoddisfatto	Conforme	……	Non conforme
Relazionato con altri	……	Non relazionato con altri	Animato	……	Inanimato
Piacere	……	Dolore	Debole	……	Forte
Sentirsi male	……	Sentirsi bene	Utile	……	Inutile
Oggettivo	……	Soggettivo	Chiuso	……	Aperto
Vivo	……	Morto	Pacifico	……	Violento
Aiutare gli altri	……	Essere egoista	Libertà	……	Restrizioni
Specifico	……	Generale	Inesistenza	……	Esistenza
Gentile	……	Crudele	Comprensione	……	Incomprensione
Incompetente	……	Competente	Calmo	……	Ansioso
Insicuro	……	Sicuro	Facile	……	Difficile
Statico	……	Mutevole	Produttivo	……	Non produttivo
Innaturale	……	Naturale	Imparare	……	Non imparare
Triste	……	Felice	Malato	……	Sano
Personale	……	Impersonale	Stagnazione	……	Crescita
Determinato	……	Senza scopo	Astratto	……	Concreto
Responsabile	……	Non responsabile	Speranza	……	Senza speranza

DIMENSIONI TI_{P30}					
Prevedibile	……	Casuale	Non premuroso	……	Premuroso
Vuoto	……	Significativo	Soddisfatto	……	Non soddisfatto
Triste	……	Felice	Relazionato con altri	……	Non relazionato con altri
Personale	……	Impersonale	Sentirsi male	……	Sentirsi bene
Mancanza di controllo	……	Controllo	Oggettivo	……	Soggettivo
Specifico	……	Generale	Animato	……	Inanimato
Gentile	……	Crudele	Debole	……	Forte
Statico	……	Mutevole	Chiuso	……	Aperto
Innaturale	……	Naturale	Pacifico	……	Violento
Calmo	……	Ansioso	Libertà	……	Restrizioni
Facile	……	Difficile	Inesistenza	……	Esistenza
Imparare	……	Non imparare	Comprensione	……	Incomprensione
Determinato	……	Senza scopo	Malato	……	Sano
Responsabile	……	Non responsabile	Astratto	……	Concreto
Cattivo	……	Buono	Speranza	……	Senza speranza

Scoring. Come per il TI_E, il TI_P può essere valutato calcolando il numero assoluto di scissioni tra SP e D, o più semplicemente tra S e D.

Scoring alternativi del TI

I ricercatori hanno sperimentato altri due tipi di scoring nel TI_P.

1. Il primo (vedi Neimeyer, 1978; Neimeyer et al., 1983) richiede di presentare i costrutti bipolari come se fossero estremi di scale Likert a 7 punti su cui il soggetto deve valutare i vari elementi (S, P e D). Più basso è il punteggio, maggiore è l'ansia di morte dell'intervistato.
2. Il secondo prevede di contare il numero di scissioni tra Sé (S) e Sé preferito (P), ovvero il numero di volte in cui gli elementi S e P sono posizionati su poli opposti di una dimensione di costrutto. Questo punteggio è stato interpretato come una misura della discrepanza tra il Sé reale e il Sé ideale (Neimeyer e Chapman, 1981) (o attualizzazione; Robinson e Wood, 1983), e si è visto che è negativamente correlato con l'ansia di morte.

APPENDICE 12:

Death Perspective Scale

Scala 1: Morte come Dolore e Solitudine							
1.	Morte come ultimo momento agonizzante	1	2	3	4	5	6
2.	Morte come conclusione di un periodo di isolamento	1	2	3	4	5	6
3.	Morte come miseria finale	1	2	3	4	5	6
4.	Morte come destino di cadere nel dimenticatoio	1	2	3	4	5	6
5.	Morte come angoscia e tormento	1	2	3	4	5	6
6.	Morte come esperienza solitaria al momento della morte	1	2	3	4	5	6

Scala 2: Morte come Ricompensa nell'Aldilà							
1.	Morte come ingresso in un luogo di massima soddisfazione	1	2	3	4	5	6
2.	Morte come purificazione rinascita	1	2	3	4	5	6
3.	Morte come resurrezione e ricompensa	1	2	3	4	5	6
4.	Morte come unione con Dio e beatitudine eterna	1	2	3	4	5	6
5.	Morte come opportunità di abbandonare la propria vita per una migliore	1	2	3	4	5	6
6.	Morte come la porta per il paradiso e la felicità ultima	1	2	3	4	5	6

Scala 3: Indifferenza verso la Morte							
1.	Morte come non importante nello schema delle cose	1	2	3	4	5	6
2.	Morte come senza conseguenze	1	2	3	4	5	6
3.	Morte come insignificante e da dimenticare	1	2	3	4	5	6
4.	Morte come né temere, né da accogliere	1	2	3	4	5	6
5.	Morte come indifferente	1	2	3	4	5	6

Scala 4: Morte come Ignoto							
1.	Morte come la più grande incertezza	1	2	3	4	5	6
2.	Morte come il più grande mistero	1	2	3	4	5	6
3.	Morte come la fine del conosciuto e l'inizio dell'ignoto	1	2	3	4	5	6
4.	Morte come qualcosa su cui qualcuno dovrebbe dire "non lo so"	1	2	3	4	5	6
5.	Morte come un punto di domanda	1	2	3	4	5	6
6.	Morte come la più ambigua delle perplessità	1	2	3	4	5	6

Scala 5: Morte come Abbandono e Senso di Colpa

1.	Morte come lasciare i propri cari vulnerabili alle prove della vita	1	2	3	4	5	6
2.	Morte come abbandono dei propri cari quando si muore	1	2	3	4	5	6
3.	Morte come una ragione per sentirsi in colpa per non provvedere alle necessità future della propria famiglia	1	2	3	4	5	6
4.	Morte come una ragione per sentirsi in colpa	1	2	3	4	5	6
5.	Morte come lasciare che la famiglia si difenda da sola	1	2	3	4	5	6

Scala 6: Morte come Coraggio							
1.	Morte come una chance di dimostrare di aver rappresentato qualcosa durante la vita	1	2	3	4	5	6
2.	Morte come un'occasione per dimostrare come affrontare l'ultima prova della vita	1	2	3	4	5	6
3.	Morte come un grande momento di fiducia	1	2	3	4	5	6
4.	Morte come un'opportunità di realizzazione	1	2	3	4	5	6
5.	Morte come un momento di rifiuto dell'umiliazione e della sconfitta	1	2	3	4	5	6
6.	Morte come una prova sull'impegno nei propri valori	1	2	3	4	5	6

Scala 7: Morte come Fallimento							
1.	Morte come un evento che impedisce di realizzare le proprie potenzialità	1	2	3	4	5	6
2.	Morte come la fine delle proprie speranze	1	2	3	4	5	6
3.	Morte come il fallimento della ricerca del significato della vita	1	2	3	4	5	6
4.	Morte come la distruzione di ogni possibilità di realizzare se stessi al massimo	1	2	3	4	5	6
5.	Morte come sconfitta nella lotta per il successo e la realizzazione	1	2	3	4	5	6

Scala 8: Morte come Fine Naturale							
1.	Morte come un'esperienza che tutti fanno per il normale passare del tempo	1	2	3	4	5	6
2.	Morte come l'atto finale in armonia con l'esistenza	1	2	3	4	5	6
3.	Morte come un aspetto naturale della vita	1	2	3	4	5	6
4.	Morte come parte del ciclo di vita	1	2	3	4	5	6

Scoring. I partecipanti rispondo agli item su una scala Likert a 6 punti (1 = Fortemente in disaccordo, 6 = Fortemente d'accordo). Punteggi alti sulle sotto-scale 1, 4, 5 e 7 indicano prospettive sulla morte negative; punteggi alti sulle sotto-scale 2 e 6 indicano prospettive sulla morte positive. Punteggi alti sulla sotto-scale 3 e 8 indicano indifferenza verso la morte, o comunque una visione 'naturale' della stessa.

Ringraziamenti

Giunta al termine di questa Laurea Magistrale, mi viene spontaneo pensare al mio intero percorso. Questi cinque anni di Università sono stati ricchi di gioie, di paure, ma soprattutto di soddisfazioni, tutte emozioni che ho condiviso con alcune persone per me speciali, che mi hanno accompagnata in questo lungo viaggio e che voglio assolutamente ringraziare per questo, dedicando loro qualche riga alla fine di questa lunga Tesi.

Innanzitutto, vorrei ringraziare il mio relatore, il professor Stefano Parmigiani, sia per aver accolto con entusiasmo l'argomento della mia Tesi, sia per avermi seguita con pazienza e costanza nella stesura dell'elaborato, dandomi preziosi consigli e spunti di riflessione.

Vorrei poi ringraziare Morena, la mia tutor di tirocinio pre-laurea, per la bella esperienza che mi ha permesso di fare: grazie per i tuoi insegnamenti, li terrò sempre a mente. Un grazie a tutti i bambini della classe quarta della Scuola Primaria di Pomponesco: grazie per la vostra spontaneità e per avermi insegnato tante cose che, sono sicura, mi torneranno utili per il mio lavoro!

Un immenso grazie a papà e mamma: grazie per avermi sostenuta, sia economicamente che emotivamente, sopportando i miei numerosi sbalzi d'umore da sessione di esame, so che a volte non sono facile da gestire! Grazie per aver riposto una fiducia incondizionata nelle mie capacità, credendo sempre in me e nelle potenzialità. Al mio 'fratellino' Francesco, che ringrazio perché è sempre stato pronto ad ascoltare i miei sfoghi, voglio augurare un futuro brillante: so che riuscirai a realizzare i tuoi sogni perché sei una persona determinata e costante; ovunque i tuoi sogni ti porteranno, la tua *sister* sarà sempre con te a incoraggiarti o a 'tirarti le orecchie'!

Voglio poi ringraziare in particolar modo le mie *Martine*. A Martina M. voglio dire grazie per aver sempre avuto una parola di conforto nei momenti difficili, e grazie per tutti i consigli che mi hai dato in questi anni. So che hai in mente un percorso professionale ben delineato, e per questo ti ammiro. Spero (anzi, sono sicura), che riuscirai a realizzare i tuoi obiettivi! A Martina C., la mia compagna di

viaggio dal primo giorno di triennale all'ultimo di magistrale, voglio dire un enorme grazie: grazie per aver sopportato i miei scleri, le mie paure e le mie preoccupazioni, grazie per aver ascoltato i miei audio chilometrici e per avermi sempre rassicurato nei momenti di sconforto, grazie per essere stata la mia compagna di progetti e tesine (credo che non le scorderemo mai…), e grazie per aver condiviso con me ogni emozione di questo percorso, da quelle più belle a quelle più brutte. Grazie amiche mie per esserci sempre state. Sono felice del supporto reciproco che ci siamo date e di questa bella amicizia che abbiamo costruito dal primo giorno di Università.

Le ultime righe di questa Tesi le voglio dedicare alla persona che è al mio fianco da (quasi) 10 anni: Francesco, il mio fidanzato. Un grazie non basta per esprimere tutta la gratitudine che provo nei tuoi confronti. Grazie perché sei la persona su cui posso sempre contare nei momenti difficili, a cui posso confidare ogni mia preoccupazione e con cui voglio condividere ogni mio successo e traguardo, e questo non solo in ambito accademico ma anche nella vita quotidiana. Sei senza dubbio la persona che ho maggiormente stressato in questi anni con le mie paure e insicurezze legate all'Università, ma che ha sempre avuto le parole giuste per tirarmi su di morale e che non ha mai dubitato delle mie potenzialità. Grazie perché, anche se non sei bravo ad ascoltare quanto me e a volte ti incarti con le parole, mi hai sempre motivato ad andare avanti e a provarci sempre. Ti auguro una carriera da farmacista brillante (ma non ho dubbi che lo sarà), e spero di poter continuare a condividere con te la mia vita. Ti amo.

Un immenso grazie anche alla tua mamma, Mariuccia, che ha sempre avuto fiducia nel mio percorso.

Un pensiero va poi a mio zio Stefano, che sin da quando ero bambina sognava e sperava di vedermi laureata. Ovunque tu sia zio, spero che sarai orgoglioso di me.