

# EPISTEMOLOGIA DELLA VECCHIAIA

**Romeo Lucioni – Loredana Reddavid**

Il tema della vecchiaia è uno dei più importanti tra quelli che riguardano la struttura sociale della comunità umana all'inizio del terzo millennio.

L'allungamento della vita (o, meglio, dell'*aspettativa di vita*) ha portato la terza (sopra i 65 anni) e quarta età (sopra gli 80) ad avere un ruolo attivo e passivo estremamente importante, sia per il numero degli anziani (continuo aumento percentuale) che per la complessità del tema poiché le alte età hanno fatto emergere problematiche un tempo sconosciute e/o misconosciute (vedi, per esempio, le malattie neurodegenerative croniche).

Queste semplici osservazioni ci illustrano quanto sia problematico il tema della vecchiaia che occupa tutte le aree del sapere e interessa le ricerche che mirano a studiare ed organizzare interventi sufficientemente utili per affrontare i problemi connessi con l'invecchiamento della società.

La vecchiaia impone uno studio

- a) multidisciplinare che permetta di moltiplicare i punti di osservazione;
- b) dinamico, che richiede continui aggiornamenti perché l'ambiente, la popolazione ed i bisogni individuali sono in vertiginoso cambiamento.

Pregiudizi, miti, idee stereotipe, atteggiamenti mentali, idiosincrasie, rifiuti inconsci giocano ruoli diversi nell'interpretazione di un fenomeno che risulta sconosciuto ed anche perturbante in quanto riguarda la vita, ma, nello stesso tempo, anche la morte.

Obiettivo del lavoro è quello di cercare di dare una risposta "valida" e attuale ai numerosi interrogativi che pone il diventare vecchi nella società moderna.

Per altro, può servire da mezzo di informazione e di formazione per professionisti (medici, psicologi, psichiatri, sociologi, geriatri, educatori, assistenti sociali, animatori, fisioterapisti), per i familiari, i caregivers e per tutte le persone che, in qualche modo, prestano una attività in rapporto con le persone anziane.

Molti sono i temi che interessano una ricerca sulla vecchiaia e tra questi:

- ?? la costruzione di un immaginario, individuale e collettivo, degli stessi anziani, dei loro familiari, dei professionisti, dei caregivers, dei volontari e dei funzionari delle Istituzioni, di fronte alla realtà esistenziale di tante persone che ormai rappresentano tra il 20 ed il 25 % della popolazione;
- ?? i vincoli ed anche svincolazioni e ri-vincolazioni che arricchiscono e danno significato alle relazioni familiari, sociali, intergenerazionali che assumono anche l'aspetto della solidarietà che si relaziona con tradizioni, realtà storico-politiche, funzionamento di organizzazioni, programmazioni legate alle politiche sociali;

- ?? la percezione di un senso di sé che si realizza con la soddisfazione vitale, lo stato d'animo e la felicità, sentimenti legati al concetto di salute funzionale e, soprattutto, alla qualità della vita;
- ?? la prevenzione, che nei suoi aspetti di primaria, secondaria e terziaria, si offre oggi come panorama di ricerca e di applicazione fondamentale per poter affrontare con dignità, con adeguatezza e "normalità" le alte età;
- ?? lo spettro della demenza che si sta profilando come il più grave quadro patologico e, soprattutto, quello che riguarda maggiormente la famiglia e la società sia per le concomitanti etiche, che per quelle economico-organizzative;
- ?? la medicina che sta investendo sempre di più per l'importanza di volume delle richieste, sia per qualità e complessità degli interventi in geriatria, in gerontologia e in gerologia, che per la ricerca, l'assistenza e il recupero funzionale;
- ?? la sociologia ha anche dovuto applicarsi in modo specifico e specialistico alla vecchiaia, così come hanno fatto psicologia e psichiatria, proprio perché l'impatto ambientale sta dimostrandosi delicato e problematico nelle dinamiche che riguardano la vita sociale, relazionale, emotiva ed affettiva;
- ?? la gerontopsichiatria è un'area interdisciplinare che considera l'anziano nella sua globalità personale e relazionale, tenendo conto che si tratta di persone che, trovandosi nell'ultima fase della vita, sono particolarmente sensibili a tutto ciò che si riferisce alla perdita e, soprattutto, all'invalidità ed alla "dipendenza patologica".  
Anche le persone che, per motivi professionali, di solidarietà ed anche di familiarità, devono stare vicini per lunghi periodi ad anziani *infermi*, coprono un ruolo definito a volte "insalubre" a causa delle difficoltà relazionali e, soprattutto, per quella particolare situazione creata dalla "concomitanza con la morte";
- ?? la geriatria, che ha fatto tanti passi avanti nello studio della clinica, si è oggi fatta carico anche di questioni come il benessere, la qualità della vita e le relazioni intergenerazionali ed intragenerazionali;
- ?? la sicurezza è un tema scottante che purtroppo sta assumendo una dimensione pericolosa proprio perché investe non solo aspetti legati all'incolumità fisica, ma anche aspetti *terrorizzanti* se pensiamo alle difficoltà economiche che, per altro, interessano tutta la popolazione;
- ?? la solitudine ed il "terrore" di *essere ricoverati* sono spesso causa di situazioni psicopatologiche serie e tutto il tema dell'istituzionalizzazione sta assumendo proporzioni e difficoltà tali che, si può dire, stia diventando uno dei grandi problemi sociali di questo primo periodo del nuovo millennio;
- ?? l'allungamento e la qualità della vita sono forse le questioni più discusse nell'area della vecchiaia, proprio perché le alte età non portano ad un equilibrato incremento proporzionale delle diverse tappe dell'esistenza: si può affermare che sia allungata non la vita, ma la vecchiaia. Per altro la sensibilità etica porta a considerare sempre più la "qualità" e la "qualità totale"

nell'esistenza, nell'approccio relazionale, nell'intervento terapeutico-riabilitativo ed anche nel rapporto con la quotidianità.

La vita di ogni soggetto ha uno sviluppo che va verso un "*invecchiamento abituale*", caratterizzato cioè da una flessione delle funzioni fisiologiche e psicologiche. Quando queste non risultino particolarmente perturbate si può parlare di *invecchiamento normale*.

La eterogeneità delle qualità di funzionamento nelle persone anziane è molto grande per cui ci sono vecchi di 75 anni che sembrano giovani di 45 ed altri invece che, al contrario, sembrano molto più deteriorati di quanto potrebbe essere riferito all'età.

Il funzionamento psichico dell'anziano presenta anche notevoli variazioni se considerato individualmente o se osservato in gruppo (e questo dà un'idea delle necessità di mantenere attiva la vita sociale) e, soprattutto, risulta specialmente dall'impegno cognitivo.

Questo porta ad incrementare la dipendenza che inibisce le capacità di produrre iniziative e riduce il senso di benessere. La personalità è il compendio di condotte apprese che permangono stabili nelle varie età della vita determinando una pragmatica caratteristica con un minimo di aggressività e di distruttività.

Le caratteristiche personologiche nel vecchio tendono a modificarsi soprattutto sotto la spinta di una dimensione narcisistica che conserva e amplifica le conquiste e le acquisizioni personali. Proprio per questo diventa tanto importante l'equilibrio tra *indipendenza e dipendenza* sia all'interno del gruppo familiare che nella relazione sociale.

Una visione interessante è quella esposta da Edgardo H. Rolla (Senesciencina, 1998) per il quale "*...il parricidio non esiste nella terza età, non solamente per amore al padre, ma perché se il padre non ha compiuto la sua funzione adeguatamente, la madre si converte in un oggetto altamente persecutorio*", e ancora "*... sembrerebbe una speculazione tendenziosa di trasformare il parricidio in matricidio ... teorizzazione che fa riferimento anche al suicidio che anche considero un matricidio ...*".

Tenendo conto di queste osservazioni se da un punto di vista biologico e fisiologico una buona vecchiaia rispetta una vita trascorsa bene e adeguatamente, anche da un punto di vista psichico il vecchio rispetta il giovane e l'adulto che hanno vissuto in lui.

La "**senilità**": questa tappa della vita di ogni essere vivente, acquista nell'uomo una manifestazione del tutto particolare dal momento che, accanto alla diminuzione dell'efficienza fisico-biologica (riduzione del metabolismo e, di conseguenza, allungamento dei tempi del recupero funzionale) si evidenziano i segni di una riduzione dell'efficienza cognitiva (difficoltà mnestiche; allungamento dei tempi di apprendimento; maggior lentezza nel trovare soluzioni a problemi della vita quotidiana).

Trattare la dimensione globale della figura della persona anziana presuppone anche analizzare il rapporto che intercorre tra il processo di

***invecchiamento normale*** (del quale bisogna ancora indagare sulle risorse, le caratteristiche e le potenzialità) e la dimensione della malattia che coniuga ***l'invecchiamento patologico*** (caratterizzato da quella che si dice "multipatologia" e che presenta problematiche psichiche irrisolte, soprattutto legate al dolore) e ***l'invecchiamento terminale*** (che concerne particolari problematiche legate all'involuzione, alla terminabilità ed alla liberazione dalla sofferenza).

Un altro aspetto nuovo della vita che coinvolge la vecchiaia riguarda il concetto di evoluzione che implica una crescita continua, mentre oggi viene assimilata ad un "movimento" che ingloba progressi, regressioni, riorganizzazioni, processi rimodellanti ed anche declino.

La normalità della vecchiaia veniva un tempo negata, riconoscendo come malattia l'evidenza di una graduale diminuzione dell'efficienza fisica (stimolo sessuale, forza muscolare, acuità visiva, acuità uditiva, trofismo cutaneo, diminuzione della statura, riduzione delle capacità digestive e della secrezione di vari organi, aumento del tessuto connettivo fibroso e dell'adipe, crescita delle resistenze vascolare e riduzione delle capacità immunitarie); aumento del tempo necessario per il recupero dopo uno sforzo fisico o dopo un "insulto" (colpo, stress, ecc.).

Anche da un punto di vista cognitivo si registra un progressivo declino con l'età: allungamento del tempo necessario per apprendere nuovi concetti, minor velocità ad agire un "problem solving"; riduzione dell'attenzione e della capacità rievocative della memoria; riduzione della plasticità del S.N.C.; allungamento dei tempi di reazione.

La vecchiaia, in questa dimensione, può anche essere considerata come processo di adattamento ad una nuova situazione, come succede, sicuramente, nelle crisi di crescita che seguono il passaggio dall'adolescenza alla gioventù e da questa all'età adulta.

Va considerata tuttavia la diversità insita nel processo riduttivo-involutivo caratteristico delle alte età in confronto ai restanti periodi della vita nei quali l'adattamento riguarda sempre un allargamento delle competenze psico-fisiche personali.

Forse la vecchiaia biologica è determinata dall'instaurarsi di uno squilibrio dei meccanismi di difesa (immunitari, endocrini, ecc.) che rende più vulnerabile l'organismo; o, forse, allo stesso modo, possiamo scoprire nella psiche della persona anziana una riduzione delle difese di fronte agli stress e ai conflitti, che invece mancano nelle tappe critiche anteriori: la lettura delle "perdite funzionali" può essere fatta anche come riduzione delle capacità adattive e di difesa, oppure come aumento della vulnerabilità di fronte agli agenti stressanti sia fisici, che psichici o sociali.

Si può parlare anche di "peggioramento della performance" e forse è stato proprio questo il motivo per cui la vecchiaia è stata paragonata ad una "patologia", costringendo l'analisi ad una lettura empirica che ha portato alla negazione dei bisogni, cioè sono stati trascurati gli aspetti positivi della vecchiaia e neppure

quel quid di “necessità di appoggio” che, in ultima analisi, viene riconosciuto alle altre tappe critiche della vita.

L'inesorabilità della perdita, in questo modo, si è tramutata in inevitabilità della malattia e, come conseguenza, l'anziano è stato assimilato ad un “vecchio ricco” che deve cominciare a cedere il proprio patrimonio ai “nipoti” e agli eredi.

Questa impostazione culturale ha agito negativamente sulla struttura psicologica della nostra società che è andata attribuendo al “vecchio” non solo la stigmatizzazione della malattia, ma, implicitamente, anche un senso di precarietà, di inutilità e di inadeguatezza: la vita del vecchio non è più vita, ma semplice sopravvivenza.

Se le valenze fisiche o biologiche sono importanti per una valutazione della vecchiaia, sono però i parametri psichici quelli che paradossalmente interessano maggiormente.

Anni addietro, il depauperamento cognitivo era considerato il più importante ed il più precoce segno della vecchiaia, ma oggi questa asserzione non è più valida, dal momento che riscontri testali deficitari sono da riferirsi alla riduzione dell'interesse e dell'attenzione, piuttosto che alle componenti cognitivo-intellettive.

Proprio perché le funzioni emotivo-affettive e quelle cognitivo-conative sono fondamentali e caratteristiche per l'uomo (elementi differenziali con gli animali superiori), questo aspetto delle capacità psico-mentali diventa predominante e assume un valore eccezionale sia per la complessità del tema, che per il valore altamente caratteristico per ogni individuo: basti pensare a come sia personalistica la percezione di una perdita che è anche legata all'esperienza personale, oltre che al ruolo ed al valore che ognuno dà al proprio senso di essere, di esistere e di contare nell'ambito della micro società che lo circonda o nella grande società a cui appartiene.

## **ETÀ E DECADIMENTO**

È ben noto che l'età cronologica è lontanissima dal definire di per sé il livello di funzionamento fisico e psichico; a volte troviamo dei giovani-vecchi (sotto i 70 anni) che sembrano i papà di altri vecchi-vecchi (sopra gli 80 anni) che, al contrario, si mantengono “arzilli”, pienamente padroni delle proprie capacità e di aspetto veramente invidiabile, oltre che di uno “spirito” altrettanto “pimpante”.

Possiamo considerare due aspetti di questo problema.

?? Il primo riguarda la vita trascorsa che, quasi fungendo da processo preventivo, spesso influisce sugli anni della vecchiaia, a tal punto che si può anche dire che “...ognuno ha la vecchiaia che si è preparata o si è meritata”!

?? Il secondo aspetto concerne il “quadro percettivo” di un individuo, in relazione alla propria dimensione di efficienza; si riferisce all'autovalorizzazione, agli aspetti ritenuti maggiormente importanti per definire la “vitalità” della propria esistenza (per es. chi ha sempre creduto di avere una buona memoria, nel lavoro e nella vita, nel momento in cui deve registrare un lieve decadimento di

questa, evidentemente si sente particolarmente menomato); è anche in relazione con il ruolo, tanto che spesso un dirigente non “vuole” abdicare a certi incarichi perché si sente “pressato”, osteggiato dai giovani rincalzi.

Da queste osservazioni si deduce facilmente che in una “vecchiaia sana” il “senso di efficacia psico-fisica globale” dipende dal come si è modificato, nel trascorso della vita, il “senso di sé” che, per altro, dipende da sentimenti di:

- a) - intima autoriflessione;
- b) - relazione intrafamiliare e sociale.

Questa lettura proposta per le alte età, sta cambiando anche la dimensione del giudizio nei riguardi dello sviluppo delle altre età della vita e, soprattutto, per quanto riguarda la sfera emotivo-affettiva che sempre più sta guadagnando un valore che non avrebbe mai dovuto perdere, ma che, purtroppo, ha dovuto abdicare di fronte al predominio culturale esercitato, nei secoli, dalle funzioni intellettive e razionali: sempre più l'uomo diventa un soggetto complesso, olistico, nel quale gli aspetti istintivi, emotivi, affettivi, motivazionali e conativi si integrano con quelli cognitivi, intellettivi e razionali che, riflessi nell'esperienza familiare, scolare, lavorativa, sociale ed ambientale, strutturano un vero e proprio “uomo integrato”.

In questo paradigma, la nozione di vecchiaia è sicuramente ormai tutta da riscrivere, sia per quanto riguarda le implicazioni sociali, che per l'interpretazione nelle sue complesse valenze che incidono nel biologico e nello psichico, cioè in quelle dimensioni di corpo-mente che in passato erano tenute separate, mentre oggi compongono un unico “oggetto olistico”.

Il concetto di “salute”, sancito dall'O.M.S., si fonda sulla tridimensionalità della persona composta da una sfera biologica (il corpo), una psichica (la mente) ed una relazionale (il Sé).

Salute significa equilibrio armonico tra le tre dimensioni; star bene è avere un buon rapporto con il proprio corpo, essere in sintonia con se stessi, sentirsi a proprio agio con gli altri. In questo modello, si può parlare di sofferenza, di disagio e, in qualche modo, anche di “malattia” quando il soggetto non riesce più a preservare il proprio equilibrio olistico; quando una delle tre dimensioni risente di tensioni, di disfunzioni, di disequilibri o di perdita di prospettive: tutto il “sistema uomo” entra in crisi e può sviluppare quadri clinici di patologia.

L'invecchiamento presuppone, nell'uomo, la messa in atto di processi psichici che integrano due grandi aree:

~~etc~~ **l'accettazione** che si avvicina ai problemi dell'autostima e che può essere *positiva* (consapevolezza della necessità di rispettare i normali ritmi della vita e di utilizzare sempre le potenzialità individuali, siano esse assolute o

relative) o *negativa* (opposizione alle perdite con conseguente senso di rabbia che stimola atteggiamenti di chiusura e di egocentrismo);

✍ **L'adattamento** che consiste nell'attivare meccanismi atti a superare le difficoltà e che richiede del "livello di accettazione".

L'accettazione e l'adattamento caratterizzano l'inevitabile cambiamento nelle abitudini della vita quotidiana e nei rapporti sociali (in relazione ai congiunti e agli amici) e strutturano le dinamiche sottese ai ruoli, all'organizzazione familiare e alle dinamiche socio-lavorative; come dinamiche mentali, influenzano anche il senso di benessere, la percezione della qualità della vita, l'autocoscienza, l'autostima e, in qualche maniera, influenzano e condizionano le strutture neuro-psichiche ed il processo stesso dell'invecchiamento.

Il processo di *accettazione* comprende

✍ *aspetti positivi* che, collegati ai cambiamenti previsti col progredire dell'età, permettono di adeguarsi al nuovo livello di efficienza disponibile e quindi trarre il massimo profitto che può anche valere un miglioramento di determinate performances (per es. sfruttamento delle capacità deduttive relazionate con l'esperienza);

✍ *aspetti negativi*, sintetizzati dalla rassegnazione alla perdita e dall'enfatizzazione del ruolo gregario del vecchio (sia nella vita familiare, sia nella propria "nicchia sociale" di appartenenza) e del calo prestazionale.

La vecchiaia diventa, sotto il profilo dell'accettazione, una dimensione vitale, di continuo "sviluppo adattivo", concetto che presuppone il mantenimento di capacità propulsive nell'ambito di un "equilibrio omeostatico dinamico-funzionale" che, evidentemente, diventa sempre più problematico da mantenere con il passare degli anni, con il passaggio dalla terza alla quarta età ed oltre.

"Essere anziani" non significa dunque "essere malati", ma trovarsi in una tappa della vita nella quale l'individuo deve adattarsi a situazioni fisiche e psichiche personali che continuano a modificarsi e che, di conseguenza, impongono continui adattamenti fisici, psichici e relazionali, vissuti dell'ambito del proprio Sé e nella palestra del mondo circostante sia familiare che sociale.

Per meglio comprendere questi vissuti possiamo considerare varie situazioni esistenziali che incidono fortemente sulla psiche del soggetto che si avvicina alla vecchiaia.

### **A- Ritiro dal lavoro.**

Il momento del "pensionamento" è una tappa importantissima nella vita di una persona e, simbolicamente, segna il passaggio alla vecchiaia o, meglio, alla 3° età. Lasciare il lavoro ed entrare in quella che è stata chiamata "*età libera*" se da un lato permette appunto l'impiego del tempo (divenuto tutto "tempo libero") in

attività appetibili, soddisfacenti e gratificanti, per altro lato spesso viene vissuto solo come “perdita di valore” sia nel piano produttivo ed economico, che in quello del ruolo che presuppone, in ultima analisi, una certa “inutilità sociale”.

Questa particolare perdita non deve essere vista solo come una forzata rinuncia alla produttività e quindi al beneficio economico, ma deve essere inserita come situazione complessa che presuppone anche diminuzione di rapporti sociali, delle opportunità per far conoscere il proprio punto di vista, di quel “quid” narcisistico che ci fa sentire come “insostituibili”.

### **B- Consapevolezza della morte.**

Seppure sia dentro di lui la consapevolezza dell'inesorabilità della morte, l'uomo tende a negarla da un lato in maniera istintiva e, dall'altra, per motivi culturali, dal momento che la nostra società tende ormai a privilegiare tutto quanto sia giovane e “in forma”, emarginando il vecchio o il sostituibile. Il cambiamento di ruolo, indotto dal pensionamento, presuppone la netta presa di coscienza dell'inesorabilità dello scorrere del tempo e della morte che si avvicina (anche se lentamente). La percezione, forse inconscia, di questa realtà ingloba la assunzione di *essere sostituiti* e spesso si instaura, per questo, una profonda opposizione nei confronti dei giovani, vissuti come usurpatori; è il tema del “figlicidio” (Raskovsky) e del desiderio inconscio dell'eterna giovinezza.

### **C- Il senso di benessere.**

Più che un processo deduttivo su basi cognitivo-intellettive, questo sentimento è profondamente psicologico dal momento che:

- a. deriva da una valutazione cognitiva del proprio atteggiamento che, a sua volta, con la percezione della realtà della vita passata e dell'esperienza degli altri;
- b. è adeguato ad una definizione soggettiva della qualità della vita, coerente con criteri personali e con la percezione del confronto tra la situazione attuale e quella a cui si aspira;
- c. rispecchia caratteristiche intrinseche dell'individuo, il suo carattere e la personalità, messe in relazione con le circostanze esterne della vita;
- d. è comunque un complesso risultato di fattori intimi ed esterni di maggior o minor pregnanza.

In un modo o in un altro, è l'autostima che gioca un ruolo predominante sul senso di benessere: specifiche caratteristiche di personalità e le reazioni affettive che accompagnano gli avvenimenti che controllano l'autostima sono le forze e le giustificazioni che determinano i lineamenti del benessere psicologico. Questo, a sua volta, sottende alle sensazioni di benessere fisico con tale forza, così come è dimostrato dalle esperienze in psicosomatica.

Se teniamo conto di queste considerazioni, l'inizio della terza età, che accompagna il pensionamento, risulta un momento particolarmente critico per le tensioni che bisogna affrontare con il cambio del ruolo e delle abitudini esistenziali.

### **D- Ritorno in famiglia.**

La famiglia rappresenta il luogo privilegiato ed insostituibile nel quale si risolvono i bisogni primari dell'individuo. Con il pensionamento si ritorna idealmente a verificare la propria dimensione di valore e di potere, oltre che a soddisfare bisogni di protezione e di sicurezza, soprattutto quelli di affetto-appartenenza, presenti in tutto l'arco della vita, ma più forti nella vecchiaia quando si riducono le motivazioni al successo e all'autorealizzazione.

Nel rapporto di coppia si ripropongono i ruoli in quanto si ristabiliscono quell'equilibrio modificato dagli impegni lavorativi; la dimensione "affettiva" viene riproposta con richieste e recriminazioni che mettono a prova il bisogno di autonomia e di indipendenza.

Nella famiglia, dunque, si evidenziano schemi relazionali basati sugli assi bisogno-aiuto e dipendenza-autonomia, che portano a reazioni contraddittorie di accettazione e di rifiuto, difficili da conciliare con un "menage" regolare ed equilibrato.

Tutto questo, seppure senza la pretesa di essere un compendio della situazione esistenziale legata all'inizio della vecchiaia, dà una idea chiara di quanto questa influisca sul soggetto con "sentimenti di perdita".

Secondo l'orientamento freudiano la "perdita dell'oggetto" scatena il meccanismo del lutto; così possiamo dire che ogni cambiamento, assoluto o relativo, che modifichi empaticamente uno stato anteriore, suscita una reazione di lutto. Si può intuire la rilevanza di questa dinamica individuale e gruppale quando si manifesti in conseguenza di un riconosciuto progressivo depauperamento delle funzioni caratteristiche del sé, sia per azione della vecchiaia, sia, in maggior misura, quando si debba riconoscere una perdita anormale caratteristica della demenza.

Le manifestazioni comportamentali, cognitive, sociali, emotive e corporee della perdita e del lutto sono determinate dall'incrociarsi di numerosi fattori quali le norme culturali, il tipo di personalità, le circostanze nelle quali avviene la "perdita", il tipo di relazione con l' "oggetto" perduto ed il grado di sostegno sul quale chi vive il lutto può contare.

## **LA PERDITA**

Essere anziani, seppure non significhi essere malati, predispone tuttavia la persona anziana a risentire, in maniera più o meno importante, di sentimenti consci ed inconsci legati allo "status" di vecchio, che comprende inattività, solitudine, mancanza di stimoli, noia, frustrazioni, ipocondria e depressione.

Diciamo subito che, di fronte alla perdita e al decadimento, molti anziani reagiscono con meccanismi adattivi primitivi, negando e minimizzando, oltre che

strutturando una “visione mitologica” della vecchiaia sfruttando il valore della saggezza nella figura del “vecchio saggio”, iperdimensionando il concetto della “età libera” che usufruisce di una totale indipendenza dalle responsabilità, ripescando nella memoria figure di anziani emergenti per meriti artistici, intellettuali ed etici.

La valorizzazione può risultare un valido meccanismo adattivo, capace di stimolare un’immagine positiva della vecchiaia, ma non bisogna correre il rischio che venga utilizzata solo per l’anziano che sta bene e quindi è più conveniente avere una chiara visione del fatto che la condizione anziana copre una enorme gamma di possibilità.

Tra lo “star bene” e lo “star male” si colloca un continuum complesso che si sviluppa ad ampio raggio in mille sfumature e particolarità che debbono essere riconosciute, legittimate e gestite.

Tra i grandi miti e le false credenze, il miglior tentativo è quello di definire chi siano gli anziani, quale sia il loro ruolo, il loro stato di salute, considerando la loro figura con rispetto, con generosità, con sensibilità, con serietà e lungimiranza.

*Affrontando il tema della perdita, ci troviamo subito a dover ammettere differenze enormi tra i due sessi, così, per tutta l’esposizione, scegliamo di parlare in senso generale prendendo come esempio il mondo maschile, per poi mettere in luce le differenze con il modello femminile.*

La perdita, dunque, è un *processo mentale reattivo* che prende in considerazione ciò che appunto viene perduto e i meccanismi che l’accompagnano partendo da ciò che è stato chiamato il “lutto”. Questo, nella sua etimologia, riunisce diversi significati:

- ?? sentimento profondo di dolore per la perdita di una persona amata;
- ?? dolore per la perdita di un oggetto (amore ideale), secondo una espressione psicoanalitica;
- ?? la perdita stessa;
- ?? i comportamenti e i segni che, come usanze, accompagnano i parenti nel loro dolore (luttare)

e, comunque, presuppone la comparsa di sentimenti diversi:

- ?? la tristezza;
- ?? il dolore (sentimento che disturba il pensiero e le capacità intellettive);
- ?? la melanconia (sentimento esasperato di dolore per la perdita di un oggetto amato, o, a volte, creato dal soggetto stesso, che perde ogni interesse per il mondo esterno);
- ?? la disperazione;
- ?? il pessimismo;
- ?? la perdita di interesse per il mondo esterno.

Anche analizzare quali siano le “cose” che si perdono con la vecchiaia diventa difficile, dal momento che molte sono le interferenze personali, culturali, familiari e sociali che intervengono a condizionare le risposte.

Cercando di semplificare possiamo pensare che la perdita interessa:

- ?? il ruolo lavorativo;
- ?? lo stato economico e sociale;
- ?? il ruolo nella famiglia;
- ?? il ruolo nella coppia;
- ?? il ruolo nell’ambiente sociale circostante;
- ?? la possibilità di far valere le proprie idee;
- ?? la prospettiva per un domani che concerne il senso di:
  - ?? avere ancora le forze per mantenere un’attività;
  - ?? non ammalarsi;
  - ?? non essere di peso.

## INIZIO DELLA VECCHIAIA

Qual’è l’età di inizio della vecchiaia è una di quelle domande per le quali le mille risposte significano solamente che non c’è una risposta certa.

Forse, quanto segnalato da Antonini ha un significato che, seppure poco pratico, dà un’idea esatta di come si innestano successivi motivi biologici: “.. la vecchiaia è quel periodo della vita compreso nei dieci anni che precedono la morte!”.

Va tenuto in conto, tuttavia, che: la struttura biologica dell’uomo non è cambiata con l’allungamento dell’aspettativa di vita e, quindi, possiamo dire che quella che si è allungata è “la terza età”, vale a dire, il periodo che, per la donna, segue la menopausa. Questa infatti, anche se la donna vive sino ai 100 anni, resta pur sempre fissa sui 50-52 anni.

Schematicamente possiamo scrivere:

Nel 1900 / adolescenza / gioventù / età adulta ... / vecchiaia ... / 80 a.  
età  
massima

Nel 2000 / adolescenza / gioventù / età adulta ... / vecchiaia ... /  
Età 0 12-15 18-25 65 130 a.  
età  
massima

65 anni: età fissata arbitrariamente e fatta coincidere con il pensionamento.

Nello spazio “65.....età massima” troviamo rappresentati i “vecchi giovani”, i “vecchi” e i “vecchi vecchi”.

Questa osservazione è di grande importanza perché se si dovesse accettare la proposta di qualche politico trasognato di “far lavorare” (seppure in maniera ridotta o “particolare”) dopo i 65 anni, si potrebbe provocare un accrescimento della “vecchiaia” e, quindi, riportare per esempio l’età massima intorno ai 90-100 anni; si tratterebbe di un specie di vergognosa “eutanasia”.

Accettando questo modello interpretativo della vecchiaia si illustra anche quella visione della vecchiaia che abbiamo definito come perdita di futuro, sostituito da un “passato” sempre più lungo.

L’iperdimensionamento del passato è paradigmatico di perdita di valore nell’oggi, nel presente che fa paura perché ricco di “perdita”, pieno di quelle continue rinunce che recano malessere, tensione, angosce e perdita di “valore”, di autostima.

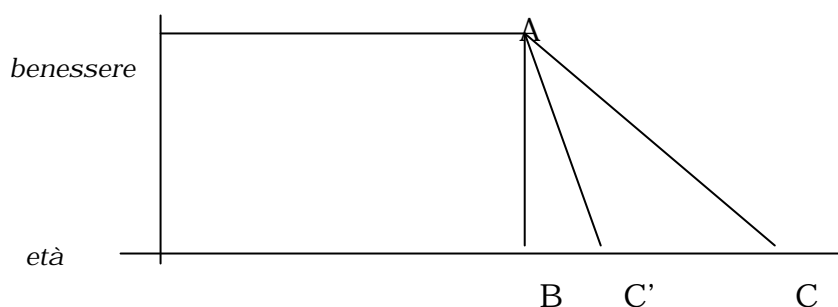
Con il prolungamento dell’aspettativa di vita che, dall’inizio del secolo ad oggi è passata da 50-60 anni a 75-81 anni, ci possiamo chiedere se accanto all’invecchiamento fisico-biologico dobbiamo collocare anche quello psico-mentale.

Per esempio, accanto alle difficoltà dovute al rallentamento (per vari motivi) del trasporto dell’imput elettrico-chimico, possiamo considerare un invecchiamento dell’intelligenza e dell’affettività?

Per i cultori di teorie materialistiche o per gli animisti, questo è un “non problema” poiché i primi considerano lo psichismo mera espressione del funzionamento neurochimico e, quindi, il suo deficit porta inesorabilmente alla flessione delle funzioni superiori e, per i secondi, l’anima immortale non può esprimersi, è coartata da uno strumento deficitario.

Ben diverso è il discorso degli psicodinamici che devono affrontare una problematica senza uscita, che non permette spiegazioni, per il momento.

L’accettazione fanaticizzata dell’eterna giovinezza e del rifiuto del vecchi e della vecchiaia ha fatto sorgere anche un altro “ideale mitico”: *il triangolo dell’illusione*



Il triangolo ABC rappresenta l'area del declino, della perdita progressiva verso la morte; si è creato invece il mito della possibilità di continuare il benessere sino in fondo per poi, improvvisamente, "chiudere il destino". Il triangolo ABC' (dove il lato BC' si vorrebbe sempre più breve) rappresenta, quindi, il passaggio dal "massimo" al nulla.

Il lato AC rappresenta il declino e quindi la perdita progressiva della libido; lo spostamento di C verso B equivale a immettere la libido nuovamente nel soggetto, accentuando il narcisismo e negando la morte. La non accettazione del declino equivale però all'accettazione dei valori nuovi della società da parte dei vecchi che, rifiutando, ritorna nella competizione, nell'inganno del "sempre giovane" e, in fondo, del rifiuto del suo proprio stato, della propria identità.

Il triangolo dell'illusione diventa, quindi, l'angoscia della perdita e, soprattutto, l'impossibilità di accettare l'altro anziano.

Proprio nelle case di riposo si evidenzia questo fenomeno per il quale si sente sempre dire: "... qui non mi trovo perché sono tutti vecchi e indementiti"; relazioni vincolari, in questo ambito, difficilmente si formano da sole (una buona politica di educazione-attivazione dovrebbe far superare questo stadio di stallo relazionale) e gli Ospiti con-vivono, ma non con-dividono.

Il risultato è una chiusura narcisistica che inevitabilmente porta a creare un altro problema. Il soggetto, chiuso in sé, rifiutando "amicizie", ricostruisce fantasticamente vincoli illusionati e privilegiati con i parenti stretti (figli, nipoti e generi-nuore) che invece non dimostrano nessuna disponibilità particolare. L'unico risultato è aggiungere all'isolamento una carica di rabbia, insuperabile perché nasce dalla frustrazione.

Il lavoro meticoloso e, per molti aspetti, innovativo di Messy ci ha portato ad accettare una distinzione tra *invecchiamento* e *vecchiaia*.

A - il primo si riferisce ad un processo biologico che investe ogni essere vivente sin dal momento della nascita: ognuno invecchia ogni giorno e, quindi, deve creare dentro di sé la prospettiva di cambiare continuamente. Questa modificazione, al di là della perdita, è una rinascita caratterizzata da una nuova prospettiva, un nuovo programma esistenziale.

Da un punto di vista psicoanalitico, l'invecchiamento ripropone costantemente una castrazione (la perdita) che può essere superata grazie ad un cambiamento; caratteristica di questa tappa è "l'angoscia di castrazione" che non significa morte, ma solamente "poter crescere" per superare la perdita.

B - la *vecchiaia* si instaura invece quando l'invecchiamento si cristallizza, non ha più prospettive, annulla il futuro ed il soggetto si "fossilizza" sulla perdita. Caratteristica diventa "l'angoscia di morte" e l'impossibilità di cambiare per crescere.

Questa prospettiva dicotomica ed evolutiva risulta molto utile sul piano clinico, ma si scontra con altre ottiche che considerano la vecchiaia in sé come una

prospettiva senza futuro, nella quale i progetti sono una illusione o un inganno e, soprattutto, come quel “luogo dove gli individui incontrano fatalmente se stessi”.

Possiamo ben dire che questa è una visione pessimistica della vita nella quale non solo il “qui ed ora” del vecchio è giudicato negativamente (perdita di prospettiva), ma anche tutti gli anni trascorsi sono sotto giudizio e viene dato valore solo al successo: “... sei giudicato per quello che hai fatto”.

Una voce ormai popolare dice che l'uomo, nella vecchiaia, “... incontra fatalmente se stesso”; nel decadimento fisico, nella perdita di futuro e nell'allungarsi di un passato posto sotto giudizio sembra quasi che l'uomo mostri quanto siano fragili le forze costitutive ed integrative del Sé.

Questo aspetto della vecchiaia sottolinea il processo di soggettivizzazione già descritto (ad invecchiare è qualcun altro) che, come processo psichico estraniante, si materializza nell'immagine dello specchio che Freud (1919) definisce “perturbante”, inquietante e spaventosa.

Queste considerazioni portano a logiche conseguenze che giustificano gli aspetti regressivi dell'invecchiamento: la rigidità, l'egocentrismo, la resistenza al cambiamento, l'impossibilità trasformativa, le difficoltà all'adeguamento, il rifiuto del “modello” evolutivo dell'Altro.

Freud parlava di “centralità della libido” che impedisce ulteriori trasformazioni negate dal “raggiungimento di posizioni definitive”.

È quanto vediamo nella clinica e nell'esperienza educativa dei soggetti portatori di handicap per i quali il raggiungimento di un obiettivo è motivo di “stasi” e di rifiuto a continuare nella strada del “cambiamento”. L'angoscia della perdita (castrazione) e l'angoscia per il futuro incerto creano una situazione tanto insopportabile che pregiudica e fa rifiutare ulteriori trasformazioni.

La centralizzazione della libido risulta, davanti allo specchio, una lotta tra *immagine*, materializzazione dell'Io e *immagine ideale*, mentalizzazione dell'Io per la quale la trasformazione fa emergere sentimenti di *paura del peggioramento*.

In una bimba affetta da Sindrome di Joubert (atresia del verme del cervelletto) ogni miglioramento portava a dover affrontare enormi “paure” che venivano superate con il “rituale ripetitivo di tornare indietro” che le permetteva di riprendersi per cominciare da capo.

I livelli di adattamento della vecchiaia sono più validi nella donna che può contare su un processo di validazione mentale per il ruolo e/o i ruoli di disimpegno (madre, nonna, donna di casa, educatrice, “regina della cucina”, eccetera) così che la libido non viene centralizzata sul corpo e/o sulla “potenza virile” che, per altro, è ormai assodato sia una delle prime perdite che accompagnano la vecchiaia.