

# QUALITÀ DELLA VITA, BENESSERE E TERZA ETÀ

Romeo Lucioni - Ida Basso

La gerontologa Neugarten (1961) ha, a suo tempo, cercato di definire e misurare il *benessere psicologico* degli anziani seguendo l'idea che la qualità della vita possa essere rappresentata da una *valutazione psicoaffettiva* che indichi quando l'invecchiamento abbia raggiunto degli obiettivi che lo facciano considerare normale, cioè valido.

In questo ambito, si sono creati vari termini di valutazione, tra i quali l'adattamento, l'abilità, lo stato d'animo e/o la felicità, suscitando però alcune critiche in quanto la ricerca si basava su "valori intrinseci", difficilmente misurabili.

Tra i primi concetti basilari per il giudizio di benessere si erano individuati i seguenti parametri:

1. La *condotta pubblica*, cioè la partecipazione nella società con i suoi indici di efficienza, di efficacia e di successo. In questo, risulta assiomatico che il benessere derivi da linee guida individuali proprie che caratterizzano l'occupazione e la continuità durante le varie età della vita;
2. L'analisi del benessere si centrava su altri *parametri soggettivi* (personali, non sociali) quali l'autovalorizzazione della propria vita passata e presente, la soddisfazione e la felicità. Il presupposto si basava sul fatto che è il soggetto l'unico giudice capace di decidere sul proprio benessere.

In un lavoro riepilogativo, Haydée Andrés e Liliana Gastron (1998) riconoscono che ci sono tre concetti gerontologici che, fondati sulla sociologia, determinano il livello di adattabilità normale dei vecchi nella società.

1. La **soddisfazione vitale** (in relazione con la salute mentale)

Questo sentimento si può riferire come "adattamento all'ultima tappa della vita" e comprende:

- ?? la gratificazione che l'individuo riceve dalle sue esperienze fisiche e sociali vissute nella vecchiaia;
- ?? le difese verso le pressioni dell'esterno (mancata attenzione, dimenticanza, negazione, svalorizzazione, pauperizzazione);
- ?? la soddisfazione nel compiere le normali attività richieste dalla famiglia e dalla microsocietà che lo circonda;
- ?? l'ottimismo e il buon umore anche di fronte alle preoccupazioni quotidiane;
- ?? lo spirito critico verso il proprio passato, con accettazione di una responsabilità individuale;
- ?? la coscienza di aver raggiunto delle mete, prefissate o no, e, soprattutto, un'età avanzata;
- ?? l'auto-immagine positiva (relativa al sé o alla società di appartenenza) riferita ai vissuti passati, senza tenere troppo conto delle debolezze attuali.

2. Lo **stato d'animo**: che conduce all'atteggiamento assunto dal soggetto di fronte alle difficoltà, alle perdite e, comunque, alle problematiche quotidiane; si potrebbe indicare anche come "forzezza di spirito" e "resistenza psico-

sociale”. Generalmente questo sentimento tende a ridursi con l’età, proprio perché il declinare psico-fisico fa diminuire il “senso di potere”. Lo stato d’animo valuta anche lo “spirito di appartenenza” o “spirito di corpo” (espressione militaresca) che funge da importante supporto al senso di sé ed all’autovalorizzazione.

3. La **felicità**: esprime i sentimenti gratificanti legati alle esperienze positive che si vivono nella relazione, soprattutto, in quella intra-familiare e all’interno del gruppo sociale di appartenenza.

I tre aspetti analizzati si riferiscono al mondo psico-affettivo che considera:

1. il *piacere per la vita* (contro l’apatia) che rispecchia il grado di coinvolgimento nelle attività, nel rapporto interpersonale, nello scambio di idee, oltre all’entusiasmo posto nelle iniziative, senza tenere conto né dei risultati né dell’approvazione sociale;
2. la *forza di spirito e la risolutezza*: sono l’opposto della rassegnazione e della passività; si misurano nell’accettazione delle responsabilità attuali, senza farsi influenzare dai successi o dalle difficoltà del passato;
3. l’*equilibrio congruente* tra aspirazioni, obiettivi e successi raggiunti: si struttura sull’analisi dei risultati ottenuti nel raggiungere le mete prefissate e sui successi personali;
4. l’*autostima*: concerne il grado di valorizzazione degli attributi fisici e psicosociali individuali e rispecchia l’autoconsiderazione dell’aspetto, dell’immagine pubblica, della valutazione soggettiva di lucidità e di efficienza mentale, della sensazione di “essere importanti” di fronte agli altri;
5. la *tendenza all’ottimismo ed al “buonumore”*: comprende attitudini ottimistiche, un tono affettivo positivo e di accettazione verso gli altri, sensazioni di piacere di fronte alle cose ed alle esperienze personali; si rispecchia anche nelle espressioni mimiche e verbali.

\* \* \* \* \*

Passando dall’accettazione teorica dell’analisi del tema soddisfazione-felicità, alla somministrazione di un questionario, sorgono molti importanti interrogativi:

- ?? il concetto di *felicità* (forse perché è più facilmente determinato dalla mancanza, che dalla effettiva presenza) non è forse determinato da una presa di coscienza personale da parte dei ricercatori?
- ?? nel chiedere “sei felice” non ci si aspetta una risposta troppo legata alle idiosincrasie di chi chiede?
- ?? c’è una felicità che si possa definire in termini che vadano bene a tutti?
- ?? gli uomini e le donne la percepiscono nello stesso modo?
- ?? può essere condizionata dalle differenze legate all’età delle persone intervistate?
- ?? quanto il concetto di felicità viene influenzato dalle situazioni socio-culturali in cui il soggetto si trova a vivere e/o a condividere?
- ?? quanto l’entourage familiare e sociale influenza i risultati ottenuti dal soggetto?

- ?? la stabilità e l'instabilità economiche quanto interferiscono sulla percezione della felicità?
- ?? chi ha dovuto lottare per la vita trova, nella vecchiaia, più motivi di soddisfazione di chi ha avuto una esistenza sicura e senza traumi?

Evidentemente il sesso, il livello culturale, le possibilità economiche, lo stato anagrafico, la posizione sociale sono indici che devono essere tenuti in considerazione per stabilire il livello di auto-soddisfazione e di felicità.

Anche il *ruolo e lo status*, che cambiano continuamente, sono aspetti importanti nel determinare la qualità della vita.

Possiamo porci due domande:

1. quali trasformazioni del sistema "status-ruolo" avvengono durante i vari periodi della vecchiaia?
2. in che modo questi cambiamenti alterano la condotta di chi invecchia?

I *funzionalisti* credono, in forma unanime, che nella vecchiaia ci sia una diminuzione del mondo sociale ed uno svuotamento del sistema dei ruoli (anche in quei vecchi che hanno potuto sviluppare compensazioni parziali, assumendo nuovi ruoli).

In questo modo però si corre il rischio di attribuire la perdita al fatto di "essere vecchi" (caratteristiche innate), disconoscendo le motivazioni derivate da una determinata struttura sociale, come, per esempio, la distribuzione del potere e della ricchezza.

Questa questione diventa essenziale per determinare l'importanza delle caratteristiche personalistiche e, pertanto, delle capacità di adattamento all'ambiente sociale.

Inoltre, poi, le definizioni e/o i questionari sulla qualità della vita non si preoccupano eccessivamente degli aspetti teorici di fondo che, al contrario, il tema impone essendo molto variabili i punti di osservazione ed ancor più importanti le differenze individuali.

Cercando uno modello generalizzabile, dobbiamo riconoscere che la *qualità della vita* è influenzata da alcuni fattori:

1. rapporti affettivi validi;
2. buona salute;
3. livello economico adeguato e consono ai bisogni abituali;
4. capacità di usufruire delle applicazioni tecnologiche capendone completamente il funzionamento;
5. sensazione di possedere ancora un livello intellettuale buono ed adeguato alle necessità personali.

In questa elencazione si osserva che un senso di benessere è determinato sempre dal confronto con il passato; la perdita di "livello" è segno di malessere e risulta, quindi, insopportabile.

Per un approfondimento del tema occorre considerare:

- a- *senso di soddisfazione vitale personale*;

b- *senso di soddisfazione vitale sociale.*

A- la soddisfazione personale è rappresentata da:

- ?? assenza di ansie esagerate e/o immotivate (la tensione intima è sempre un motivo “peggiorativo”)
- ?? contenimento attuato da una senso di valida autostima;
- ?? assenza di angosce e di terrori;
- ?? senso di libertà (va sottolineato che se non ci fossero i limiti, si potrebbero vivere più facilmente situazioni di angoscia);
- ?? crescita dell’iniziativa;
- ?? soddisfazione nel riconoscimento di sé.

B- la soddisfazione sociale deriva da:

- ?? sviluppo di rapporti interpersonali;
- ?? capacità di comunicazione empatica;
- ?? riconoscimento dell’adeguatezza della comunicazione verbale;
- ?? senso di poter competere;
- ?? autocoscienza di sentirsi amati.

Riassumendo quanto analizzato sopra, possiamo affermare che:

**stabilire rapporti affettivi validi**  
**é**  
**alta qualità della vita**

perché si migliora:

- ?? la soddisfazione personale per le proprie performance;
- ?? il senso di appagamento e di felicità nel rapporto interpersonale;
- ?? la soddisfazione nel riconoscimento di Sé nel rapporto e nel confronto;
- ?? l’iniziativa;
- ?? il piacere di essere accompagnati (in primo luogo dal partner)

Inevitabilmente, però, quando si affrontano le tematiche della qualità della vita, bisogna tenere conto dei rapporti con il “mondo dei valori” distinti in:

- ?? personali
- ?? religiosi
- ?? etico-morali
- ?? culturali
- ?? sociali e partecipativi
- ?? familiari.

H. Andrés e L. Gaston (1998) analizzano con molto acume le risposte di donne al test MUNSH e mettono in evidenza che, per esempio:

- ?? essere fortunata è anche riconoscere gli aspetti positivi (leggere senza occhiali, cucire, assolvere i propri doveri, ecc.) anche se non si gode di una salute perfetta;
- ?? essere soddisfatta è avere dei figli che non creano problemi;
- ?? i valori religiosi della vita servono da baluardo di fronte ai sensi di perdita;

- ?? bisogna accontentarsi perché non si può sperare nel migliore dei mondi, dal momento che quello che abbiamo è l'unico che possiamo avere;
- ?? stare soli non significa essere isolati perché si può anche “sentirsi soli pur stando in gruppo; la tristezza dell'isolamento diventa insopportabile”; la solitudine è un sentimento, mentre l'isolamento è uno stato;
- ?? l'amarezza è un sentimento per lo più legato ad una frustrazione e, soprattutto, ad un abbandono piuttosto che un sinonimo di depressione.

In questo modo si è potuto verificare come le risposte al test dipendano da diversi punti di vista:

- ?? economico
- ?? affettivo
- ?? legato alla salute
- ?? culturale
- ?? familiare
- ?? dovuto alla presenza o all'assenza del partner.

Sicuramente uno o alcuni di essi sono predominanti e condizionano la visione d'insieme.

## CONCLUSIONI

In conclusione si può affermare che la **qualità della vita** è determinata da due aspetti che, seppur individualizzabili, si intrecciano continuamente:

- ?? soddisfazione vitale personale
- ?? soddisfazione vitale sociale o relazionale.

La prima interessa l'autostima, il senso di sé, le prospettive per il futuro oltre che le considerazioni sugli obiettivi del passato più o meno realizzati; riflette ed è condizionata dalla struttura della personalità e, quindi, risponde alle dinamiche orali, anali e genitali, ma, per altro lato, può essere valutata oggettivamente tenendo conto di:

- ?? soddisfazione di potere essere se stessi in capacità di sviluppo ed in libertà;
- ?? sensazione di essere integri nel piano fisico ed in quello psichico.

La seconda riflette una continua verifica del proprio ruolo sociale che abbisogna di una costante verifica perché è in continua evoluzione e quindi è continuamente posto in gioco;

riflette:

- ?? *il senso di potere* che si valuta sulla possibilità di esprimere il proprio parere, rispettare i propri bisogni e le proprie spinte istintive, verificare la possibilità di essere non solo accettato, ma anche esaudito;
- ?? *il senso di valere* nel rapporto con gli altri, nel quale sono “poste in gioco” le capacità fisiche e psichiche, mnesiche, mentali e relazionali.

Questo approccio ha una particolare importanza proprio perché tiene conto sia delle *problematiche intrapsichiche* (personali, individuali, libidiche) che di quelle *interpsichiche*.

Le prime si riferiscono, come abbiamo visto, alle caratteristiche personologiche che risultano modificate dall'incedere della vecchiaia che, di per sé, comporta una chiusura su di sé, un predominio di valenze narcisistiche, una difesa ossessiva nei confronti della perdita.

La seconda riguarda il processo relazionale che è sempre asimmetrico non potendosi sviluppare e mantenere su di un piano bi-univoco; l'operatore e/o il caregiver è costretto a considerare l'anziano quasi come un disabile, perché sovente è incapace di contenere l'angoscia di castrazione (e così non cadere nell'angoscia di morte) per le perdite che deve inesorabilmente affrontare.

Caratteristiche proprie della vecchiaia sono:

- ?? avere sempre ragione
- ?? vivere le proprie esperienze come più valide rispetto a quelle degli altri
- ?? considerare il passato migliore del presente
- ?? voler comandare
- ?? considerare gli estranei migliori dei parenti che si prodigano per lui
- ?? rifiutare inconsciamente tutto ciò che è giovane
- ?? non accettare l'evidente "sclerosi delle idee"
- ?? usare modelli proiettivi e di negazione per controllare i deficit mnesici.

Questi atteggiamenti complicano la relazione strutturandola, appunto, come "asimmetrica" e, di conseguenza, impongono una particolare preparazione ed un addestramento specifico per i caregivers.

\* \* \* \* \*

Dopo aver concettualizzare la qualità della vita, è necessario anche viverla nella pratica, affrontando le situazioni concrete.

Per definire la propria qualità della vita, la persona anziana mette, sul piatto della bilancia, una serie di richieste che spera possano essere esaudite o, anzi, "crede" debbano essere soddisfatte.

Le capacità fisiche residue possono e "devono" essere sostenute da un intervento medico-farmacologico "miracoloso";

proprio questa onnipotenza giustifica il fatto che il vecchio neghi le proprie difficoltà economiche ("...io ho la mia pensione!") e viva la propria casa in un iperdimensionamento simbolico ("..perché non mi riportate a casa mia ... là non ho bisogno di nessuno!").

La persona anziana accondiscende ai propri impulsi istintivi che diventano orali, dimostrando così profondi sensi di insoddisfazione e bisogni libidici inesauribili; percepisce una "potenzialità cognitiva" che diventa punto centrale del senso di sé, della autovalorizzazione e punto nodale per la negazione e per la proiezione di un "sé immortale". È interessante quanto hanno evidenziato gli studi di Gubrium (1986): il vecchio vive la propria vecchiaia come una maschera (patologia e disabilità) che nasconde una immagine interiore che è "normale" e "sempre giovane".

Il meccanismo di poter agire il proprio *sensu di potere*, che diventa nucleo fondamentale per la conservazione di un valido *sensu di sé*, fa del vecchio un soggetto quasi "prepotente", anche se poi magari piange per essere stato "cattivo" nei confronti di chi lo cura.

Questo senso di potere è profondamente radicato nell'inconscio e nell'immaginario sociale. Dobbiamo infatti ricordare che il termine *familia* deriva dal latino *famulus* che significa *schiaivo domestico*; da qui il termine famiglia ha il significato di riunire gli schiavi che appartengono ad uno stesso padrone. L'espressione è stata, quindi, creata dai romani per definire un organismo sociale nel quale il "capo" tiene sotto il suo potere moglie, figli ed un certo numero di schiavi.

Continuando in questa analisi, la struttura della famiglia (primo organismo sociale) è proprio quella che permette di esercitare il proprio potere ed inoltre di funzionare da "sicuro investimento per il futuro".

Naturalmente il caregiver e/o il familiare che ha il compito di accudire una persona anziana, oltre a dover sopportare le "stranezze" di una personalità particolare, sempre meno disposta a valorizzare l'Altro, meno capace di contenere le frustrazioni e l'angoscia della perdita e più chiusa sul nucleo del sé, deve anche affrontare la "realtà quotidiana".

Essa è rappresentata da:

- ?? un peggioramento continuo delle funzioni fisico-biologiche;
- ?? una riduzione importante delle capacità di recupero funzionale;
- ?? un calo delle potenzialità cognitive e, soprattutto, mnesiche;
- ?? una tendenza a riempire le lacune della memoria con spunti ed interpretazioni deliranti che, per altro, sono anche favorite dal bisogno di sentirsi importante e dal voler dimostrare le potenzialità proprie e/o acquisite per riflesso (... io sono amico di quel personaggio importante);
- ?? una specie di *cecità psichica* attraverso la quale il bisogno di salvare e di salvaguardare il sé impedisce il riconoscimento della realtà, misconosciuta anche di fronte a prove chiare ed inconfutabili;
- ?? una trasformazione del funzionamento mentale che, a causa della dementalizzazione, si sofferma sul corpo, investito da valenze psicosomatiche che giustificano una iperdeterminazione dei sintomi. Il *senso di sé* e *l'autovalorizzazione* funzionano da contenitori dell'Io, così, quando si abbassano gli scudi affettivi autoriferiti, si produce una frammentazione dello psichismo: il corpo perde il significato di "oggetto di desiderio" e si generano "vie facilitate" per reazioni biofisiche negative e/o malattie psicosomatiche.

La qualità della vita dipende da una buona relazione interpersonale, pregiudicata dal vecchio che presenta molte difficoltà di contatto; proprio per questo, la *funzione qualità*, in un rapporto asimmetrico, si fonda esclusivamente sulle capacità dei familiari a contenere e a sopportare le sue "stravaganze" o, comunque, le sue "particolarità".

I caregivers, seguendo i propri principi etici, sociali e familiari ed evidenziando molta disponibilità devono adattarsi ed adeguarsi.

Un tempo, questo era più facile perché, nella *famiglia patriarcale*, la suddivisione dei compiti, dei ruoli, dei tempi di assistenza e della disponibilità, permettevano di superare facilmente le difficoltà. Oggi, nelle famiglie cosiddette *nucleari*, e/o in molte "case di riposo" la persona anziana è gestita da poche persone che sentono e vivono quotidianamente la responsabilità di una convivenza, a volte, difficile che influisce sicuramente sulla relazione e, quindi, sulla "qualità della vita".