

## Osservazioni su psicoterapia adleriana e terza età

RITA LACAVALA, GIORGIO BERTINO

*Summary* – THOUGHTS ABOUT ADLERIAN PSYCHOTHERAPY AND OLD AGE. Old age is not the last, short phase of our life: the progress of medicine, the improvement of hygienic, food and work conditions, a different attention and responsibility to take care of ourselves, consent to live in a best way and longer than in the past. During the last thirty years, the self-image of old people and of old age are changed: from the passive resignation we live in the awareness that the old age is not a discomfortable condition but it is possible to live in a dignified way. The Individual Psychology can answer the different problems of old people: from new spurs for unhappy retired people, to the positive memories of their experiences, from the maintenance of the dignity in illness to the aid for assistants.

*Keywords:* OLD AGE, ILLNESS. ADLERIAN PSYCHOTHERAPY

*«Un uomo è vecchio solo quando i rimpianti, in lui, superano i sogni»*

*Albert Einstein*

### I. Premessa

In *Delitto e castigo* Dostoevskij ci presenta un mirabile ritratto di “vecchietta”, l’usuraia Alena Ivànovna: «Era una vecchietta minuta e rinsecchita, sui sessant’anni, con due occhietti penetranti e cattivi e un piccolo naso appuntito. Non aveva niente in capo. I capelli color stoppa, appena brizzolati, erano abbondantemente spalmati di grasso. Sul collo lungo e sottile, simile a una zampa di gallina, era attorcigliato un informe stracetto di flanella, e sulle spalle, nonostante il caldo, le ballava un giubbotto di pelo, tutto logoro e ingiallito. La vecchietta tossiva e gemeva a ogni istante». È certo che una over ottanta dei nostri giorni ha grandi probabilità di presentarsi decisamente meglio della nostra Alena Ivànovna.

La terza età non rappresenta più l'ultima, breve, fase della vita: il progresso della medicina, il miglioramento delle condizioni igienico-alimentari e dei ritmi di lavoro, una maggiore attenzione e responsabilità nel prendersi cura di sé, consentono di vivere meglio che in passato e più a lungo. Un sessantenne "sano", oggi, sa che, se non subentreranno malattie causate da errati stili di vita, può aspettarsi di vivere ancora per parecchi anni conservando l'autonomia e l'autosufficienza conquistate in gioventù. Si è dilatato, quindi, quel periodo della vita, un tempo definito come "pre-senilità", in cui si mantengono, seppur con qualche modifica, le "abilità" dell'adulto.

## II. *Le nuove frontiere dell'invecchiamento*

La descrizione di questa fase della vita non è immediata né univoca. Con l'invecchiamento, le differenze tra gli individui si accentuano. Le variabili che influiscono sul comportamento (fattori genetici, ambientali, salute o malattia, comorbilità, tono dell'umore) sono numerose e determinano significative differenze interindividuali, per ogni fascia d'età anagrafica. L'identità personale non si plasma più su quella di un gruppo di appartenenza, come avviene nell'età evolutiva in cui le regole del comportamento si manifestano con stereotipi; l'anziano, conquistata l'individualità in età adulta, si arroga il diritto della sua "unicità e irripetibilità".

Inoltre, l'invecchiamento della popolazione costituisce un'assoluta novità nella storia e non ci sono modelli precedenti con cui confrontarsi ed ai quali riferirsi. Più che per le altre età occorre, quindi, formulare, caso per caso, uno schema interpretativo particolare ed originale.

Le caratteristiche della persona che invecchia non sono sovrapponibili, tout-court, a quelle dell'età giovanile-adulta. L'invecchiamento comporta la diminuzione fisiologica di tutte le funzioni (menopausa, rallentamento del metabolismo, riduzione della funzionalità degli organi) e la trasformazione del ruolo sociale (pensionamento, matrimonio dei figli, nascita di nipoti, ricovero in casa di riposo).

Gli ultracentenari dimostrano, però, che è possibile un processo di invecchiamento/rimodellamento più che dignitoso, in cui insieme alla riduzione di alcune funzioni e alla presenza di malattie croniche, coesiste il potenziamento di meccanismi di recupero dell'omeostasi per raggiungere sempre nuovi equilibri.

## III. *L'anziano e l'immagine di sé*

Oggi, il fatto di "sentirsi anziano", spesso, coincide con l'essere debilitato fisicamente: la malattia, il ricovero in ospedale o in istituzione, la perdita anche parzia-

le dell'autosufficienza, rappresentano una minaccia alla propria identità personale, alle proprie abitudini di vita ed ai propri principi e valori. La discordanza tra ciò che "vorremmo essere" e ciò che "sentiamo di essere" altera l'equilibrio psicobiologico: più lo stile di vita è improntato rigidamente al "controllo" della propria vita e dell'ambiente, meno si accorda con i continui cambiamenti generati dall'invecchiamento.

Così, la diminuzione dell'efficienza fisica, la perdita di persone care, il pensionamento (vissuto come perdita del ruolo sociale), possono compromettere gravemente l'autostima: quanto più l'anziano si percepisce come inattivo e debole, tanto più finirà per rinunciare al perseguimento di ogni obiettivo. L'esito sarà un progressivo ripiegamento su se stesso e l'isolamento; al contrario, la capacità di accettare i cambiamenti e di adattarsi, aiuta a preservare una buona immagine di sé, e favorisce l'interazione con l'ambiente e la progettualità. Come suggerisce l'O.M.S., la "salute" dell'anziano è definita non tanto in funzione dell'assenza di patologie, quanto in rapporto alla conservazione di uno stato globale di autosufficienza ed autonomia, che può sussistere anche in presenza di malattia.

Nel corso dell'ultimo trentennio l'immagine di sé del vecchio e della vecchiaia si sono profondamente modificate: alla passiva rassegnazione è subentrata la consapevolezza che la vecchiaia non è, necessariamente, una condizione di svantaggio, e che quindi è possibile mantenere, in ogni momento dell'invecchiamento, condizioni di vita più che decorose.

Una recente indagine del Censis [4] mostra come la condizione anziana sia tutt'altro che spenta e passiva. L'attività prevalente è rappresentata dalle relazioni di aiuto ai figli e nelle organizzazioni di volontariato. Molti sono impegnati in associazioni culturali. Nel tempo libero, gli anziani guardano la televisione (sono più le donne che gli uomini a farlo), ascoltano la radio, leggono libri e quotidiani (più gli uomini che le donne), vanno a teatro ed al cinema, frequentano luoghi di villeggiatura e fanno brevi gite a carattere culturale. L'interesse per le attività di gruppo è elevato: gli anziani partecipano individualmente o in coppia ai corsi di ginnastica, a corsi su argomenti di varia attualità, a gite culturali, al ballo.

#### IV. *L'anziano e la famiglia*

Il benessere della persona che invecchia non è determinato esclusivamente dalle condizioni personali. Più che in altri momenti della vita, nel corso della vecchiaia, l'individuo è strettamente interdependente dall'ambiente in cui vive. Gran parte della "tranquillità" dell'anziano deriva, quindi, dalla percezione di un'efficace interazione con il suo *entourage*.

La famiglia continua ad essere il punto di riferimento primario per l'anziano, sano o malato, ed è tuttora l'elemento essenziale per garantire una qualità della vita accettabile. Una delle possibili conseguenze dell'incremento dei "grandi vecchi" è che questi, con molta probabilità, essendo una popolazione ad alto rischio di deterioramento fisico e psichico, sono e saranno assistiti dal coniuge, a sua volta, anziano. Anche nel caso in cui siano i figli a prendersi cura dei genitori, un novantenne si troverà ad essere accudito da figli ultrasessantenni, già penalizzati dai propri "disturbi" causati dall'età.

La perdita dell'autosufficienza fisica e/o il deterioramento cognitivo-comportamentale di uno dei suoi membri rappresentano, per il nucleo familiare, un alto costo, sia in termini economico – sociali che individuali (stress emotivo, rinuncia ai bisogni personali, senso di colpa, frustrazione, ansia e depressione).

Per molte famiglie la cura di un congiunto anziano, specie se non autosufficiente, costituisce un vero e proprio problema: la tendenza all'iperresponsabilizzazione induce chi assiste ad esprimere poco i propri bisogni personali; sono pochi i *care-givers* che accettano o chiedono un aiuto esterno. Quando, in certi casi, l'istituzionalizzazione diventa inevitabile, si generano facilmente sentimenti di colpa e l'impressione di aver fallito nel dovere familiare principale.

Prendersi "cura" di un anziano demente è un compito oneroso: le marcate difficoltà nell'interazione, l'impossibilità di prevedere il decorso e le complicanze di una malattia irreversibile che peggiora sempre, l'incapacità del demente di mostrare gratitudine, suscitano, nel familiare che lo assiste, scoraggiamento, frustrazione e aggressività che finiscono per farlo sentire colpevole di anaffettività, incomprensione ed intolleranza.

#### *V. La psicoterapia e l'anziano*

Nel corso dell'invecchiamento, ci si ritrova a dover affrontare, contemporaneamente, le difficoltà intrinseche al proprio processo di senescenza e l'organizzazione dell'ambiente circostante che diviene sempre più complicato.

Ciò diventa stressogeno in assenza di un modello interpretativo che consenta di integrare le esperienze prodotte dall'invecchiamento. L'anziano, spesso, è depresso perché non riesce da solo ad elaborare strategie per "adattarsi" alle mutate condizioni di vita, mentre la percezione dell'inevitabilità del cambiamento produce insicurezza ed ansia.

Di qui la richiesta di psicoterapia da parte di soggetti anziani che, spesso, non è motivata da disturbi nevrotici conclamati. Si tratta di soggetti che, pur dimostrandosi

do un buon adattamento ed uno stile di vita sufficientemente integrato, soffrono di ansia e/o depressione, astenia, scoraggiamento.

Non è l'età anagrafica a definire questo gruppo di pazienti, quanto piuttosto il tipo di richiesta; talvolta già al di sotto dei sessanta anni non vi è più il desiderio di modificare in modo sostanziale le proprie abitudini, in funzione di un futuro diverso e più soddisfacente, quanto piuttosto il bisogno di organizzare il materiale esperito nel corso della vita, per prepararsi ad una fase successiva e, forse, conclusiva.

L'improbabilità che nei tre "compiti vitali" di un anziano vi siano ancora spazi "edificabili", rende più facile la "ricostruzione" del piano di vita: nell'ambito professionale l'unico cambiamento possibile è rappresentato dalla cessazione, con il pensionamento, dell'attività lavorativa; la famiglia, ormai definita e consolidata, e le relazioni sociali si modificano solo per lutto o malattia.

È doveroso chiederci se e come la Psicologia Individuale possa e debba rispondere ai bisogni del "nuovo" sociale che si sta delineando. La nostra esperienza con anziani sani e anziani disabili, famiglie "stressate" dalla presenza di un anziano malato, anziani malati e strutture ospedaliere, anziani e strutture sociali, ci dimostra di continuo la validità del metodo adleriano nell'affrontare e rispondere alle molteplici richieste che provengono dal mondo degli anziani. Nonostante l'attualità delle idee adleriane, spesso si percepisce la necessità di riformularle, senza modificarne l'intima natura, per adeguarle a tempi così diversi rispetto a quelli in cui Adler operava.

Sfogliando la *Rivista di Psicologia Individuale*, abbiamo notato che, seppur in modo discontinuo, alcuni colleghi si sono interessati alle problematiche della terza età. Le pubblicazioni [9, 10, 11, 12, 13, 14], tra il 1978 e il 1987, ed il seminario, organizzato dall'*Istituto Alfred Adler di Milano* e coordinato nel 2002 da Daniela Bosetto, indicano che l'interesse della SIPI per la terza età non è occasionale. Per questo abbiamo pensato di proporre alcune sintetiche considerazioni da accogliere come occasione per successivi approfondimenti da parte di quanti vorranno contribuire all'arricchimento di questo argomento.

## VI. *Un uomo è vecchio quando i rimpianti superano i sogni*

Chi sono veramente coloro che definiamo "anziani"? Chi si occupa dell'anziano nel sociale, come il geriatra e lo psicologo, sa che non si può fare riferimento ad una persona anziana "tipica". Bisogna essere allenati a valutare e rispondere a tutte le possibili differenze individuali.

Se, in senso strettamente speculativo, assumiamo il concetto di vecchiaia come “finzione”, allora potremo considerare ogni sua descrizione come «*un’impalcatura che viene demolita quando non è più utile*» (3, p. 72). In tal senso sarà possibile interpretare la vecchiaia, di volta in volta, come “quel che mi resta da vivere” oppure come “quello che ancora devo vivere”. Così, in linea con l’atteggiamento della geriatria che ci invita a considerare le “capacità residue” piuttosto che le “perdite” subite con l’età, incoraggiamo il vecchio a sentirsi ancora parte attiva nel determinare la sua vita.

Attraverso il modello teleologico, basato sulla realizzazione dei tre compiti vitali, la vecchiaia può essere considerata come momento di “re-visione” e “verifica” delle esperienze passate all’interno di un progetto globale di cui, il vecchio, può sentirsi soddisfatto se ha l’impressione di aver portato a termine i compiti prescritti dal vivere. Come afferma Adler: «*Chi sa che continuerà a vivere nell’immagine dei propri figli ed è consapevole del valore del proprio contributo allo sviluppo della cultura, non ha paura né di invecchiare né di morire*» (2, p. 46).

Ovviamente il lavoro di sintesi sarà, per ciascuno, esito della ricerca effettuata nel corso di tutta la vita. Così, non è l’età in sé a rendere l’anziano “saggio”, quanto il lavoro svolto in precedenza: se le esperienze sono state analizzate, comprese e organizzate in uno schema interpretativo idoneo, allora il materiale raccolto assume la forma di “filosofia di vita”. Coltivando gli aspetti più spirituali dell’esistenza, la forza interiore, i valori morali, il vecchio contrasta la disperazione e la demotivazione che inducono ad atteggiamenti marcatamente depressivi.

È immagine usuale quella dell’anziano che racconta volentieri di sé e della propria vita e lo fa tutte le volte che gli è possibile. Così come è frequente il “rimembrar delle passate cose”. Soprattutto nelle persone molto avanti negli anni questo diviene, da una parte, un esercizio della memoria, utile per mantenere attivo il legame con quegli eventi che rischiano di cadere nell’oblio, a causa del tempo e delle ridotte capacità mnestiche, dall’altra, un modo per prenderne commiato.

Questo lavoro continuo di riflessione e revisione dei propri vissuti rende l’anziano a rischio di comportamenti egocentrici. Non è infrequente che, avanti negli anni, si accentui la “distanza” dagli altri con atteggiamenti egoistici e intolleranti.

Talvolta, caduta la barriera del “controllo” del proprio comportamento, si palesano aspetti caratteriali da sempre mascherati. Carl Rogers, in un’intervista di molti anni fa, aveva dichiarato che, invecchiando, si sentiva legittimato a non dover rendere conto delle proprie opinioni e finalmente libero dal timore del giudizio altrui. Accade allora che certe modificazioni del comportamento siano considerate, dall’*entourage*, come un bizzarro effetto dell’invecchiamento.

Prima di giungere alla condizione di “vecchio” l’individuo attraversa una fase che fa da ponte tra l’età giovanile-adulta e la vecchiaia. Questa “età di mezzo” è certamente più complessa ed “intrigante”. Facciamo un esempio.

Il signor C., in coda alla cassa di una mostra di pittura, chiede con brio il biglietto “ridotto” perché, da pochi mesi, ha compiuto 65 anni. Alto, fisico asciutto, ha un portamento eretto che gli deriva da una regolare attività sportiva. Da più di un anno frequenta, quasi tutte le mattine, una piscina dove si “allena” nel nuoto poiché desidera migliorare le sue prestazioni tanto nella tecnica, quanto nella resistenza. Ha abbandonato l’attività sportiva di sempre, il ciclismo, perché “un po’ di prostata” lo affligge da qualche tempo.

Ovviamente è pensionato, ma non ha rinunciato all’attività di ricerca che lo coinvolge sia come sperimentatore che come insegnante di tecniche di rilassamento. Nel tempo libero va a trovare la madre anziana, assistita da una badante, e le nipotine. Viaggia frequentemente sia per diletto che per partecipare a corsi di aggiornamento e a convegni.

Possiamo considerare il signor C. un buon rappresentante della mezza età. Dopo un breve periodo di “crisi”, suscitato dalla scoperta dei primi acciacchi dovuti all’età, ha trovato un nuovo equilibrio che gli ha consentito di progettare la sua vita con soddisfazione. Il compito dell’età di mezzo è trovare nuove attività, quando i vecchi interessi si sono esauriti o non si possono più soddisfare, piuttosto che perseverare in ruoli esauriti. La persona di mezza età ben adattata è pertanto quella che mantiene una buona attività fisica e mentale, che ha ancora interessi e coltiva *hobbies*, programma il presente e progetta il futuro ma, soprattutto, desidera creare le premesse per una vecchiaia in cui la qualità della vita possa essere più che soddisfacente.

Con il pensionamento, la maggior disponibilità di tempo libero rende la persona di mezza età nelle migliori condizioni per realizzare i vecchi sogni ed appagare i desideri.

La mezza età è perciò una fase “delicata”, in cui le trasformazioni psicofisiche e sociali devono essere elaborate a ragion veduta per consentire l’approdo a una vecchiaia serena. Ed è certamente l’età in cui ci si può avvantaggiare maggiormente del contributo della psicologia.

## VII. *Il modello adleriano: filosofia e stile di vita*

Per gli anziani, e non solo per loro, il modello adleriano non è solo uno strumento psicoterapeutico per l’interpretazione e risoluzione del “sintomo” nevrotico,

ma anche la chiave di lettura per una più ampia concezione del “senso della vita”. Le difficoltà d’integrazione dei cambiamenti, correlati all’età, le trasformazioni ideologiche e sociali, che hanno caratterizzato la fine del XX secolo, l’incessante evoluzione scientifica e tecnologica, la rapidità con cui si attuano e si superano i progetti, possono generare confusione e disorientamento. Per il settanta/ottantenne d’oggi lo scopo della vita è stato definito in un’epoca in cui principi e valori perduravano da una generazione all’altra ed era quindi più facile adeguarsi a modelli di riferimento comunemente accettati.

Oggi, lo “stile di vita dominante”, trasmesso dai *mass-media*, influenza quello soggettivo e ne condiziona le scelte, i principi ed i valori; l’interpretazione psicodinamica, in chiave adleriana, offre la possibilità, ai più giovani ed ai meno giovani, di “personalizzare” la lettura delle esperienze effettuate, mettendo a confronto l’individuo con se stesso, piuttosto che con valori standard di riferimento. L’approccio individualpsicologico, capace di trascendere il mutare dei tempi e di muoversi al di là della contingenza, realizza quello che Bandler e Grinder [4] definiscono “cambiamento generativo”. A differenza del “cambiamento riparativo”, capace di dar vita a una trasformazione, anche permanente, nell’individuo (smettere di fumare, perdere peso o vincere le proprie paure), il cambiamento generativo innesca la produzione di soluzioni alternative. Il cambiamento diviene generativo quando insegna a fare qualcosa in un modo migliore rispetto a quello già conosciuto o consente di imparare a fare qualcosa di nuovo.

Nella tecnica adleriana l’interpretazione dello stile di vita e l’individuazione della meta finale rappresentano la prima e fondamentale fase di una corretta ed efficace psicoterapia. Lo smascheramento delle finzioni e la “ricostruzione” del piano di vita, il successivo e più lungo passo da compiere, offrono l’opportunità di modificare, in modo più vantaggioso, il proprio rapporto con la realtà circostante.

La finalizzazione dell’azione al perseguimento di una meta e la contrapposizione tra volontà di potenza e sentimento sociale sono linee guida per coordinare e razionalizzare facilmente il materiale tratto dall’esperienza. Il dinamismo, implicito in questa concezione dell’agire umano, conferisce alla psiche la possibilità di rinnovarsi creativamente in ogni momento e ad ogni età.

Occorre però diversificare l’intervento a seconda che ci si trovi di fronte ad un vecchio o ad una persona della mezza età. Per chi comincia ad invecchiare la visione teleologica, è occasione per ordinare le esperienze accumulate e programmare il futuro; per l’anziano è un criterio utile per verificare se la realizzazione di ogni compito vitale è soddisfacente rispetto al proprio piano di vita.

L’analisi dei primi ricordi e della costellazione familiare, oltre a permetterci di



definire lo stile di vita, evidenziando sia la meta prevalente verso cui è diretta l'azione dell'individuo sia le "opinioni" che lo hanno determinato, valorizza il continuum tra individuo, famiglia e ambiente circostante. Il recupero della "tradizione" e della cultura di origine, il riconoscimento e l'accettazione delle proprie radici, la consapevolezza di essere parte integrante di una realtà ben più ampia, arricchiscono il concetto di responsabilità personale nella realizzazione dei tre compiti vitali.

L'attenzione rivolta alla cultura domestica di origine è l'occasione per "ri-valutarne" i valori individuando, da una parte, gli elementi che hanno influenzato i primi anni di vita e formato l'individuo, dall'altra, i principi che si intende conservare nelle relazioni attuali.

Per i più vecchi, talvolta, gli episodi dell'infanzia sono piuttosto sfocati: il ricordo dei genitori è ormai lontano nel tempo e, per molti di loro, l'emigrazione ha determinato anche la perdita di contatto con i fratelli. Ciò non impedisce che, dalla modalità di selezione dei ricordi, emerga comunque la traccia dello stile di vita. In questi casi può rivelarsi utile anche la raccolta della "attuale" costellazione familiare. Possiamo presumere che, nella maggior parte dei casi, si tenderà a conservare, anche nella famiglia acquisita, il modello supercollaudato dalle proprie finzioni familiari: il "bambino viziato" o il "piccolo di casa" o "l'indesiderato" tenderanno a mantenere analoghe modalità anche nella relazione con coniuge e figli. Ci è capitato spesso di vedere anziani assumere, nei confronti dei figli che li assistevano, atteggiamenti del tutto simili a quelli sperimentati, da bambini, di fronte al genitore temuto.

L'analisi della costellazione familiare attuale, individuando le dinamiche interpersonali ed il ruolo di ciascun elemento all'interno del gruppo, si presta, inoltre, come approfondimento anamnestico ricco, interessante e di facile attuazione soprattutto quando si debba intervenire, non solo sull'anziano, ma anche sulla famiglia che lo accudisce. In questo caso, l'incoraggiamento si realizza su due fronti: da una parte aiutando l'anziano malato a percepire ciò che è ancora in grado di fare, dall'altra stimolando, in chi lo assiste, un'elaborazione dei vissuti e dei significati riguardanti la malattia.

Il punto centrale che rende l'Individualpsicologia adatta, più delle altre psicologie del profondo, ad affrontare le problematiche della mezza età e della vecchiaia, è rappresentato dalla sua natura di psicologia sociale. Più che per le altre età della vita, «*non è possibile esaminare un essere umano, in condizioni d'isolamento, ma solo all'interno del suo contesto sociale*» (15, p. 8).

L'anziano e la famiglia, le strutture sociali e sanitarie, la medicina e la malattia sono un ecosistema che non può essere "trattato" isolandone le componenti. Lo

psicologo adleriano è in grado di diversificare il proprio intervento nel campo delle numerose e complesse interazioni individuo-ambiente in cui l'anziano di oggi si muove: dalla scoperta di nuovi significati per il pensionato in crisi, alla valorizzazione delle esperienze vissute, dalla difesa della dignità della persona malata, al sostegno per chi lo assiste.

## Bibliografia

1. AA. VV. (1997), *Manuale per il group leader, suggerimenti per la conduzione dei gruppi di sostegno*, Dipartimento di discipline medico-chirurgiche, Sezione di Geriatria, Università di Torino, Assessorato Sanità e Assistenza, Regione Piemonte.
2. ADLER, A. (1933), *Der Sinn Des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.
3. ANSBACHER, H. L., ANSBACHER, R. R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La Psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli, Firenze 1997.
4. BANDLER, R., GRINDER, J. (1981), *Trance-Formation Neurolinguistic Programming and the Structure of Hypnosis*, tr. it. *Ipnosi e trasformazione*, Astrolabio, Roma 1981.
5. CENSIS/CNEL (2000), *La società italiana al 1999*, Rapporto sulla situazione sociale del Paese 1999, 33.
6. CNR ISTITUTO NAZIONALE. DI RICERCHE SULLA POPOLAZIONE (1999), *Demotrends*, 3.
7. DEMETRIO, D. (1995), *Raccontarsi, l'autobiografia come cura di sé*, Cortina, Milano.
8. DOSTOIESKIJ, F. (1866), *Delitto e castigo* Garzanti, Milano, CD-Rom 2000.
9. FIORENZOLA, F. (1979), La sessualità nell'anziano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 10: 17-19.
10. FIORENZOLA, F., BIANCHI, I. (1981-82), La frustrazione della volontà di potenza e del sentimento sociale come fattore di decadimento nell'anziano. Prospettive di prevenzione e recupero psicoterapeutico, *Riv. Psicol. Indiv.*, 15-16: 58-64.
11. FULCHERI, M. (1980), L'Individualpsicologia e gli anziani, *Riv. Psicol. Indiv.*, 13: 18-24.
12. FULCHERI, M. (1986), L'avvenire della psicologia analitica adleriana come avventura: due mondi da esplorare, l'adolescenza e l'invecchiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 24-25: 59-72.
13. LACAVALA, R., BERTINO, G., MEZZENA, G. (1984), Il gioco nell'anziano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 20-21: 84-88.
14. MAROCCO MUTTINI, C., FASSINO, S. (1987), Sul tema dell'apporto della psicologia individuale alle problematiche dell'anziano, *Riv. Psicol. Indiv.*, 26-27: 18-36.
15. PAGANI, P. L. (1997), Introduzione, *Il senso della vita*, Newton Compton, Roma 1997.

Rita Lacava, Giorgio Bertino  
Via G. Mazzini, 12  
I-10040 LEINÌ (Torino)