

CHIARA MAROCCO MUTTINI, SECONDO FASSINO

«SUL TEMA DELL'APPORTO DELLA PSICOLOGIA
INDIVIDUALE ALLE PROBLEMATICHE
PSICOLOGICHE DELL'ANZIANO»

Introduzione

Si è esteso negli anni più recenti il problema dell'assistenza all'anziano nelle svariate esigenze di carattere medico-inter-nistico, psichiatrico, psicologico e sociale, in relazione con l'invecchiamento della popolazione, e quindi col crescere del numero di anziani (Hazzard, 1983; Somoggi, 1975). Così come in medicina questi fenomeni hanno condotto a una prevalenza di patologie degenerative e quindi ad un aumento della casistica di pazienti cronici o incurabili, così in psichiatria si sono presentate numerose problematiche legate alla gestione e alla terapia di un gruppo sociale sempre più numeroso e avente caratteristiche e difficoltà di adattamento peculiari (Cesa Bianchi 1979; Simeone, Abraham 1984; Rossi 1983). Parallelamente e inversamente al crescere numerico della popolazione anziana, si è assistito a una progressiva perdita di ruolo da parte di essa, in una società che ha eletto a suoi valori la produttività e l'efficienza, e pertanto sta divenendo di fatto gerontofoba e tanatofoba (Canestrari, 1967; Zucchi, 1981).

Si è di conseguenza delineata attraverso gli anni più recenti una autonomia scientifica e applicativa delle scienze psico-geriatriche, con la costituzione di nuovi modelli di organizzazione socio-assistenziali e clinico-terapeutici (Illich, 1977; Accomazzo, Fulcheri, 1983; Scola A. 1977).

In particolare si è resa più frequente l'esigenza di mettere a

punto tecniche di intervento psicologico rivolte anche al singolo individuo, accanto alle misure di tipo sociale e assistenziale (Fulcheri, 1980). È infatti aumentata, con la frequenza dei problemi di disadattamento affettivo e ambientale della popolazione anziana, la stessa richiesta di interventi psicoterapeutici volti a questa fascia di età (Dedieu-Anglade, 1981).

Si è così riproposto il problema della selezione e della congenialità dei pazienti anziani alla psicoterapia; da parte delle scuole psicodinamiche del profondo si era inizialmente mantenuto un atteggiamento di sostanziale esclusione nei confronti di soggetti nella terza età (Ellenberger H.T., 1972; Freud, 1903), anche se era presente qualche voce più possibilista (Abraham K., 1911). Si erano infatti fin dall'inizio storico considerate controindicazioni sfavorevoli l'età, la rigidità, la carenza di capacità e di desiderio di cambiamento, la radicata ritualizzazione delle modalità di vita, il ridotto rendimento psico-fisico (Dedieu-Anglade, 1981; Bogetto, 1983; Zoya, 1981) oltre che elementi riguardanti il vissuto attuale. Avviene nel paziente anziano una serie di cambiamenti di situazioni esistenziali che esigerebbero un parallelo e armonico rimaneggiamento dell'esperienza del Sé (Kohut, 1976). Per questo è stata paragonata questa fase della vita a un'altra, l'adolescenza, che ugualmente comporta una crisi (King, 1980).

I contenuti profondi e il contesto storico attuale sono particolarmente correlati in questa fase della vita e ciò può costituire uno scoglio, come pure il divario d'età fra analista e analizzando che può mobilitare una serie di sentimenti ambivalenti sia da parte del paziente, sia dell'analista stesso verso un paziente più anziano di lui, sostituto delle figure parentali (Bogetto, 1983) o esca di un fenomeno controcostrittivo di negazione dell'angoscia di morte o di invecchiamento del terapeuta (Fassino, 1985).

La paura della morte e del decadimento qualora non siano rimosse o denegate nell'analista potrebbero costituire in questi

un poderoso movente a partecipare con l'anziano alla presa di coscienza e allo sviluppo di quella «volontà di significato» che in quell'età pare non meno presente o impellente della volontà di piacere o della volontà di potenza.

La partecipazione empatica a tale ricerca di senso, favorita da un corretto sentimento sociale contenitore delle capacità identificatorie, consente l'attivazione, non sempre finzionale, di una analisi della rimanente — talora notevole — capacità progettuale e creativa. Questa non sarebbe solo da intendersi come espressione delle forze degeneratorie e nostalgiche, ma pure quale autentica via per la scoperta del significato dell'esistenza diverso per ogni individuo, circolarmente legato alle funzioni del Sé Creativo (Adler, 1926; Jung, 1930; Canestrari, 1984; Parenti, 1983; Ansbacher, 1956).

La speranza della conquista di questi significati può infatti essere considerata, insieme all'esperire «qui e ora» un adeguato sentimento sociale, componente non ultima dell'agente terapeutico nel trattamento di pazienti anziani.

La psicologia individuale considera l'età di per sé un fattore non limitante l'approccio psicoterapeutico, purché le facoltà intellettive e la disponibilità alla comprensione del procedimento analitico non siano compromesse. Il presupposto teorico di considerare oltre alla interpretazione della dinamica psichica anche il vissuto storico (Rovera, 1984) dell'individuo si presta bene come modello di intervento nei confronti dell'anziano, per la possibilità di configurare da un lato mete e rapporti con finalità adattative, dall'altro obiettivi di approfondimento trasformativo (Fulcheri, Accomazzo, 1983; Post, 1965).

Tale strategia fa parte di un progetto terapeutico e nello stesso tempo stimola una progettualità da parte dell'analizzando, spesso adagiato in un adattamento fittizio, dato dall'innicchiarsi nelle compensazioni negative.

Tra le mete reali di un trattamento psicoterapeutico do-

vrebbe pertanto porsi come non secondaria quella che si propone una educazione alla creatività residua tramite il favorire processi di adattamento alle reti intrapsichiche del Sé dell'anziano e conseguentemente alle reti interpersonali.

L'obiettivo di favorire la crescita del processo creativo, che è uno dei momenti pregnanti del trattamento psicoterapeutico adleriano, può costituire, soprattutto nella terapia dell'anziano, un elemento di significativa caratterizzazione dell'intervento nell'ambito della nostra scuola (Rovera, 1983).

Scopo del lavoro e casistica

Nel nostro lavoro di psicoterapeuti adleriani, abbiamo in trattamento anche qualche soggetto anziano, selezionato sia in base alla sintomatologia clinica, prevalentemente su base nevrotica senza componenti di deterioramento, sia alle possibilità di approccio psicodinamico (cultura, motivazioni). Nell'ambito della nostra casistica abbiamo scelto tre pazienti. Nel nostro breve intervento cercheremo di trarre, dalle analisi che sono attualmente in corso, degli spunti per l'assunto che ci proponiamo di discutere.

Prima di essere presi in cura, i pazienti sono stati sottoposti al test di Rorschach, i cui dati riassuntivi sono riferiti nella tabella e i cui elaborati sono forniti a corredo dell'anamnesi di ogni caso.

CASO I° - Maschio

Paziente di 60 anni, di condizione sociale medio alta, industriale. Secondogenito di due fratelli, coniugato.

Da circa 20 anni non esce se non accompagnato, per una fobia di svenire e di non essere soccorso. Al momento della prima osservazione un disaccordo con i familiari lo ha condotto a una depressione, datante da qualche mese.

Dopo il test ha iniziato un trattamento psicoterapeutico con frequenza bisettimanale.

Al test di Rorschach: il soggetto ha fornito un n° R nella norma in un tempo proporzionato. Ciò indica buona fluidità ideativa, confermata anche dalla varietà dei contenuti. Gli interessi sono volti più all'analisi che alla sintesi ($D > G$). La capacità di vedere l'insieme delle cose non è comunque carente (G ben viste). La dotazione dei fattori razionali è decisamente buona, come viene indicato dal dinamismo ricco (K e FK). Risulta però un po' abbassato il rendimento quando entrano in gioco fattori emotivi (shock al nero; $F+\%$ un po' basso).

Il pensiero possiede un valido dinamismo, solo un po' immaturo ($FK > K$); è fortemente automatizzato ($A\%$ alto). Nel complesso però partecipa in misura secondaria, rispetto alla affettività ($F\%$), al contatto col mondo e non riesce ad attuare meccanismi razionali efficienti ($F+\%$ un po' abbassato) di fronte all'angoscia. Anche il contatto con la realtà risulta talora disturbato (F Clob alla V ; tendenza contaminazione), nonostante la capacità di aderire all'opinione comune rimanga buona (Ban).

Il contatto con gli altri è desiderato e ha anche possibilità di realizzazione (FC). Nel complesso l'affettività risulta però alquanto impulsiva (TRI ; CF), non del tutto bilanciata dai fattori intratensivi, soprattutto data la relativa immaturità di essi. L'impulsività (CF) si accompagna ad una aggressività che il soggetto cerca di rimuovere perché gli dà insicurezza (alla II tavola: osserv. simmetria, seguita da $F+$); non riesce però del tutto nel suo intento, (CF come ultima risposta) per il prevalere della «timopsiche».

Oltre allo shock al rosso alla II tavola, si osserva nel protocollo un marcato shock al nero, che è certo il più rilevante dell'intero protocollo (con fenomeno di interferenza VIII). La ripresa dallo shock al nero non è molto valida (numerose EF),

tanto che, come già detto, ne risulta ostacolato anche il rapporto colla realtà (ripetute tendenze alla contaminazione, sempre a tavole scure; persever.).

Per quanto riguarda i contenuti si può osservare qualche incertezza nei confronti della identificazione personale (alla III tavola) che si accompagna con un'ansia che pare particolarmente rilevabile alle tavole «maschili». Una risposta complessuale sex alla VII tavola accentua l'impressione di una problematica sessuale non risolta, probabilmente per una insicurezza relativa al proprio ruolo di fronte alla donna, che suscita delle valenze fobiche (Anat alla IX).

In conclusione si può osservare una personalità neurotica con prevalenti tratti fobici (shock al nero e al rosso). L'Io possiede una discreta forza nei fattori razionali e nelle capacità di adattamento (FC; FE), anche se attualmente si lascia dominare dall'emotività piuttosto che impiegare le difese razionali.

L'analisi della costellazione familiare — tenuto conto dell'età del paziente e degli spazi consentiti alla residua creatività — ha permesso la ricostruzione tramite insight solamente di alcune modalità di funzionamento intrapsichico.

In particolare si è evidenziato come il meccanismo fobico di evitamento esprimesse un compenso frustrante alla meta fittizia di una performance professionale (e sessuale) idealizzata. Questa conseguiva a identificazioni con un padre e un fratello visti come troppo efficienti per essere raggiunti. L'analisi di tale linea direttrice è stata favorita da attenuate e tardive proposte interpretative e soprattutto da una presenza dell'analista «incoraggiante», rivolta a mostrare la fiducia al paziente perché questi potesse fidarsi di sé stesso. Una fobia latente di omosessualità non è stata di proposito approfondita, favorendo pertanto che qui si raccogliessero le necessità denegatorie, sottraendole in tal modo a zone del Sé in cui giacevano residue — e forse considerevoli — potenzialità creative.

Il conflitto dipendenza-aggressività esitò infine un precoce

ritiro dall'attività industriale da parte del paziente. Questi, al termine della terapia, cambiò residenza trasferendosi all'estero, dove riprese dopo molti anni l'impegno artistico come pianista in un quartetto formato tempo addietro con alcuni amici.

CASO 2° - Maschio

Paziente di 56 anni. Condizione sociale borghese. Istruzione universitaria; primogenito di due figli, dirigente industriale Coniugato. Ha presentato nel passato alcuni periodi di depressione, con incerta potenzialità «distimica» soprattutto attribuibile alle modalità di uscita dall'episodio con sfumature euforiche.

Al momento dell'esecuzione del test di Rorschach si presentava depresso.

Ha seguito un trattamento psicoterapeutico con frequenze settimanali.

Al test di Rorschach: il soggetto ha fornito un n° R un po' scarso, in un tempo ancora normale ma tendenzialmente prolungato. I contenuti sono piuttosto limitati e insieme a un rifiuto (Tav. VI) confermano l'impressione, suscitata dalla mancanza di dinamismo maturo, di una inibizione della creatività. Il fenomeno si può considerare come di stampo depressivo (rimozione del dinamismo alla III tavola) non certo dovuto a limitazione dei poteri intellettivi che sono alti (precisione elevata; FK). Ancora dovuti alla depressione sono la propensione per l'analisi (D), talora eccessivamente limitativa (Dd) gli automatismi (A%) molto alti.

Il pensiero partecipa in misura nettamente preponderante al rapporto col mondo (F%), è molto automatizzato e confuso (A% e Ban), preciso fino ad essere rigido (F+%), poco dinamico (1 sola FK). Mantiene un contatto colla realtà che

attuato prevalentemente attraverso l'adesione all'opinione di tutti, con scarsa ricerca di elaborazioni più originali.

Il contatto con gli altri è piuttosto disturbato: desiderato (Hd) ma nello stesso tempo reso più distante per effetto della depressione («caricature» F+ alla III Tav.).

L'affettività, solo in parte adattata (FC = CF), potrebbe confermare come le difficoltà di rapporto di cui si è detto siano legate in parte almeno a una organizzazione neurotica, oltretutto a una situazione depressiva che verrebbe a interferire sulla strutturazione preesistente. Il T.R.I. è extratensivo puro, sempre per effetto della mancanza di dinamismo. La formula secondaria, di direzione contrastante, esprime forse una più autentica propensione per l'introversione, mascherata dalla attuale inibizione del dinamismo (K = O).

Per quanto riguarda gli shock, risulta evidente soprattutto quello al nero, che è anche il meno risolto (D alla IV; rifiuto alla VI) e provoca un «fenomeno di interferenza VIII». Lo shock colore, non granché rilevante, è discretamente superato (F+; FC) e così pure quello al rosso, attraverso la razionalizzazione (F+).

Dai contenuti emerge una corretta identificazione sessuale («maschi» alla III Tav. all'inchiesta). Uno shock sessuale non superato (rifiuto alla VI Tav. e risposta «orale» all'inchiesta) indica un problema non risolto a questo livello.

Le figure maschili sono entrambe scartate all'inchiesta («informi»). Ciò potrebbe significare, insieme all'ansia emergente al test (FE), una insicurezza nel vivere un ruolo maschile. Le tavole «femminili» segnalano ancora una difficoltà di contatto attraverso le risposte «profili» e «maschere», entrambe indici di un allontanamento rispetto ad un rapporto più immediato e vicino. Il tipo di risposta, presente a varie tavole, «schizzo di...» indica una distanza rispetto alla realtà che fa pensare a un distacco legato al fatto depressivo, del quale si

potrebbe cogliere, da questi segni oltre che dall'evidente irrigidimento del pensiero, un nucleo endogeno, anche se la situazione clinica potrebbe essere in una fase di relativo compenso (l'affettività non risulta rimossa come è tipico delle depressioni endogene conclamate).

L'Io del soggetto possiede una discreta forza: efficienti fattori intellettivi, per quanto usati a scopo difensivo con una pronunciata rigidità (F%; F+%; A%), discreta capacità di integrazione affettiva (FC) e di ripresa dagli shock.

La terapia è stata imperniata sull'analisi «incoraggiante» dell'aggressività autolesiva. Le interpretazioni dirette sono state presentate in modo sfumato «sub-liminare», e soprattutto al servizio di un'alleanza ben collaudata, per non innescare il circolo difensivo dell'autosvalorizzazione, autoaccusa, sentimento di inferiorità, astensione dagli impegni creativi, ecc. L'analista ha cercato di essere vicino al paziente come «edizione nuova» di una presenza solidale cercando di evitare le inconsapevoli tendenze del paziente a «riedizioni» di relazioni genitoriali fredde o creative ma assenti. È stato così possibile uno smascheramento, graduale e non traumatico di alcune mete fittizie imperniate su una irraggiungibile e frustrante totipotenza professionale e affettiva.

L'atteggiamento controtransferale, sostenuto dalle identificazioni transindividuali (inerenti alla notevole diversità subculturale tra paziente e terapeuta), ha consentito la coesione delle capacità creative del Sé del paziente. Questa ha espresso l'elaborazione di progetti fatti di «speranza vitale»: negli ultimi periodi di terapia il paziente ridusse la sua attività come dipendente e avviò — in previsione del pensionamento — una consulenza libero-professionale dedicandosi in modo più continuativo, nel contempo, ad alcune organizzazioni sociali.

CASO 3° - Maschio

Anni 67, primogenito di due fratelli, livello sociale piccolo

borghese. Vedovo, risposato. Dieci anni fa ha perso l'unica figlia per un tumore cerebrale. Circa 20 anni fa ha presentato un episodio depressivo, regredito con terapie farmacologiche e di appoggio psicologico dopo circa due anni.

Da 8 anni presenta una depressione, che si è accentuata dopo il pensionamento ed è andata peggiorando, con comparsa di disturbi viscerali multipli. Dopo il fallimento delle terapie farmacologiche, ha chiesto un trattamento psicoterapeutico, iniziato dopo il test e tuttora in corso con frequenza settimanale.

Al test di Rorschach: il soggetto ha fornito un numero di risposte limitato in un tempo molto rapido, rilevando una discreta fluidità ideativa, interrotta solo in occasione di una situazione di conflitto (rifiuto alla VI Tav.). L'interesse è rivolto in prevalenza all'analisi ($D > G$). Le G sono però tutte ben viste, il che sta a significare, insieme al dinamismo decisamente ricco e stenico, un livello intellettuale alto. Nel dinamismo si può cogliere anche qualche aspetto di immaturità (FK, contenuti ludici). Precisione (F+%) e automatismi (A%) sono aumentati, segno di una rigidità che ha impronta depressiva.

Il pensiero gioca il ruolo di maggior rilievo (F% + K) mentre l'affettività è prevalentemente rimossa; è un pensiero dotato di riserve di creatività (K), ma nello stesso tempo tendente a utilizzare l'irrigidimento forse a scopo difensivo.

Il contatto con la realtà è mantenuto: le principali Ban sono presenti. Il rifiuto della VI Tav. sembrerebbe di origine conflittuale ed è superato all'inchiesta.

Il contatto con gli altri è scarso, non completamente assente, ma neanche ben sviluppato, anche per una affettività prevalentemente egocentrica (CF). Il TRI è di tipo intratensivo in entrambe le formule, segno di una tendenza a chiudersi in un proprio mondo interiore, spesso con fantasticherie anche di tipo immaturo (formula secondaria). Gli shock sono supera-

ti prevalentemente con ricorso a meccanismi razionali (rimozione, K).

Per quanto riguarda i contenuti, si osserva una identificazione corretta ma immatura alla III Tavola («negretti»). La figura paterna sembra creare qualche barriera («come visto da dietro» alla IV), quella femminile suscita atteggiamenti ludici, infantili («coniglietti» «gnomi»). La tavola sessuale, come già detto, è rifiutata. Si può rilevare quindi una problematica non risolta a carico della sfera psicosessuale.

In conclusione il protocollo rivela una personalità con aspetti di irrigidimento, che possono tradursi in depressione clinica, su elementi organizzativi neurotici (l'immaturità affettiva). L'Io del soggetto è valido, per la buona dotazione, per l'efficienza dei poteri razionali e per le capacità di ripresa.

La terapia è stata imperniata sulla considerazione della creatività residua, in vista di una migliore elaborazione del lutto sia per quanto riguarda la perdita della figlia che il pensionamento. È stato analizzato l'atteggiamento astensionistico del paziente, incoraggiandolo a riassumere un ruolo più attivo, anche nell'ambito della famiglia dove aveva ceduto alla moglie ogni iniziativa, «barattando» la dipendenza in cambio di una sicurezza di poter fruire di un rapporto affettivo che «non finisse».

Si è teso così a smascherare le mete fittizie del paziente che, attraverso la malattia, tendeva ad ottenere dalla moglie protezione e attenzione, e si riparava altresì dallo scacco dovuto alla perdita di ruolo sociale. Pur con notevoli difficoltà, dovute sia a motivi di ordine strutturale (la rigidità e ritualizzazione acquisite nello stile di vita) e ambientale (la moglie probabilmente per suoi personali motivi di non completa accettazione del rapporto di coppia favoriva senza esserne consapevole il rapporto non paritario bensì di dipendenza, nel quale ad esempio era esclusa ogni attività sessuale) si è avviato il paziente al recupero di due iniziative individuali e di una più autonoma affermazione.

TABELLA

	<i>Caso 1°</i>	<i>Caso 2°</i>	<i>Caso 3°</i>
Sesso	M	M	M
Età	60	56	67
T	11	15	5
R	22	16	16
G	9	4	6
D	13	11	10
Dbl	(1)	1	—
Do-Dd	—	1	—
K	2	—	3
FK	3 (+1)	1	2
F%	31	62	50
F+%	78	90	100
A%	50	62	62
H%	9	11	12
FC	2	2	1
CF	3	2	2
FE	2	1	—
EF	3	—	—
Clob	1	—	—
Ban	7	6	6
Rifiuti	—	1 (VI)	1 (VI)
TRI	2/4	0,3	3/2½
TRI II	3/4	1/½	2/0
Persev.	2	—	—
Anat. sang.	1	1	—
Identif.	ibrido	Maschile	Maschile

Discussione

I pazienti presentano una sintomatologia caratterizzata da agorafobia e patofobia il primo, depressione, personalità ossessiva il secondo, depressione e patofobia il terzo. Il secondo

e il terzo caso, per il decorso degli episodi, lasciano il dubbio di una potenzialità «endogena», non confermata esplicitamente dal test. D'altra parte va notato che, avanzando l'età, la linea di demarcazione tra depressione endogena e psicogena diviene sempre meno netta, e anzi secondo la classificazione del DSM III è di fatto annullata a favore di un raggruppamento prevalentemente basato su sintomi e decorso (DSM III, 1980; Ravizza et Al., 1983).

A partire dalla considerazione che è difficile distinguere fisiologico e patologico sia a livello medico sia psichico nel vecchio, si vede come i fattori psicopatologici siano strettamente e spesso inestricabilmente legati a quelli di ordine reattivo: la perdita di ruolo, l'emarginazione, il deterioramento del livello qualitativo della vita rendono verosimile un rimaneggiamento strutturale a proposito della stessa identità (Volterra, 1983) e una condizione di «depressione fisiologica» legata al vissuto di perdita (Cazzullo, 1983; Rossi, 1983).

Proprio questi elementi possono costituire uno degli scogli da affrontare nella psicoterapia degli anziani, il che si può dedurre anche dai pazienti esaminati, in particolare il 3° che ha patito la perdita della figlia e poi del lavoro, senza giungere a una elaborazione e superamento del lutto.

In tutti i soggetti la sintomatologia non è esordita nell'età senile. Si tratta di pazienti che già in età adulta o giovanile avevano presentato sintomi neurotici. Non si può quindi affermare che le sindromi in oggetto siano direttamente e solamente derivabili dal ruolo mutato e degradato. Anzi, il primo e il secondo sono pazienti tuttora attivi nel lavoro. Solo il terzo ha risentito in modo preciso del pensionamento, che ha confermato il vissuto di perdita già sperimentato all'epoca della morte della figlia, coinciso con uno scadimento effettivo nel ruolo sociale (il paziente fu progressivamente allontanato dal nipotino di cui prima si occupava assiduamente).

In tutti e tre i pazienti tuttavia era possibile cogliere all'ini-

zio della osservazione uno stile di vita rinunciatario nei confronti di un impegno creativo, fosse di tipo lavorativo o ricreativo, e atteggiamenti passivi verso i familiari, rispetto ai quali si ponevano in una posizione di dipendenza che evidenziava un ruolo socialmente deteriorato e un sentimento sociale regredito, o più verosimilmente mai appieno realizzato.

I test di Rorschach, eseguiti prima dell'analisi a scopo diagnostico, hanno permesso di osservare a livello di struttura una tendenza all'irrigidimento spiccata nei pazienti secondo e terzo, nonostante la presenza mantenuta degli elementi dinamici (K) che sono di buon livello nei casi 1° e 3°, inibiti nel 2° per effetto della depressione. Nessuno dei soggetti presenta segni di scadimento intellettuale; i fattori razionali mantengono una buona efficienza e tendono semmai a sopraffare le esigenze della vita emotiva. L'F% e l'A% alti possono testimoniare a livello strutturale la rigidità dello stile di vita, che rende nell'anziano difficile mettere in atto delle strategie di cambiamento. Nonostante la rigidità dei processi di pensiero, questi pazienti mantengono una discreta o buona possibilità produttiva (K) e doti di introspezione che hanno reso indicata la presa in carico e hanno orientato la terapia verso la «riapertura» dei processi creativi e di desiderio.

Si può addirittura affermare che i dati strutturali emergenti attraverso il test nei 3 pazienti offrono delle risorse più valide di quello che potrebbe apparire all'esame clinico (FC, K, F+, identificazione sex). Questo dato fa affermare che anche nell'anziano l'indagine strutturale si impone come complemento diagnostico e di indicazione terapeutica, atto a superare l'«impasse» costituita dalla tendenza del paziente a orientare il colloquio sulla ripetizione sterile del vissuto «hic et nunc» spesso solo limitato alle percezioni corporee.

Le prime sedute sono state rivolte alla possibilità di riconoscere e identificare il livello evolutivo a cui erano fissati o regrediti i pazienti. L'attenzione e l'osservazione partecipativa del-

l'analista erano rivolte ai gesti, linguaggi e modalità espressive e comunicative verbali e no in genere, dalle quali traspaiono la sottocultura di appartenenza e i primi elementi dello stile di vita. Un paziente pretrattato con approccio di tipo comportamentistico si era spontaneamente immerso in una minuziosa e nostalgica ricostruzione biografica; gli altri (2° e 3°) erano piuttosto propensi a lunghe dissertazioni sui sintomi fisici e a limitare le descrizioni al presente.

Si è gradualmente cercato di orientare gli interessi dei pazienti dal loro mondo corporeo a quello esterno, il che significava sia una ripresa di attività di tipo cognitivo-creativo, sia una riapertura e un allargamento dell'interesse alle relazioni interpersonali. Nello stesso tempo attraverso il momento interpretativo dell'analisi si veniva approfondendo quanto di astensonistico e di difensivo significava la rinuncia a un sentimento sociale pienamente inteso, a favore di un rapporto con gli altri basato sulla dipendenza, la richiesta di protezione, l'inferiorità. Di particolare pregnanza appare, anche con l'anziano, il significato del transfert come esperienza di relazione interpersonale nella quale l'anziano può incontrare la difficoltà di essere di fronte a un terapeuta più giovane, ma anche può «imparare» un rapporto emotivo in cui la differenza di età non rappresenti più un ostacolo insormontabile, ma uno stimolo al confronto, non competitivo e non svalorizzante. È ovvio che tutto ciò richiede al terapeuta adleriano una attenta consapevolezza del controatteggiamento e anche, a nostro parere, un maggiore coinvolgimento rispetto alla classica «mentalità» di altre scuole.

L'offerta di compartecipazione emotiva, di percorrere cioè insieme un tratto del cammino quando il paziente anziano ha sentito un vissuto di solitudine, può favorire un nuovo interesse verso il mondo esterno e quindi un nuovo inserimento nella società che cambia e da cui l'anziano potrebbe sentirsi escluso.

Emerge, dall'analisi dei casi, che i pazienti avevano poten-

zialmente analoghe risorse favorevoli per un miglioramento clinico. Sotto il profilo strutturale si poteva osservare una certa rigidità, peraltro non specifica dell'età avanzata ma frequentemente riscontrabile anche in pazienti giovani. Tuttavia si potrebbe sospettare che la rigidità stessa abbia qui più importanza in quanto si esprime a livello di comportamento in uno stile di vita ormai consolidato da tempo e perciò più difficile da modificare. Questo rappresenta uno degli aspetti di indubbia difficoltà nell'andamento della terapia.

Un altro elemento importante, a nostro parere, è da ricercare nelle risorse a livello esistenziale di cui il paziente può essere dotato. Il confronto tra i casi conferma che le possibilità di affermazione ulteriore nei tre campi della vita individuati come fondamentali da Adler (1926), amore, lavoro, amicizia, rappresentano non solo un fattore adattativo reale, ma condizionano le probabilità di cambiamento attraverso un collaudo positivo. Infatti si può osservare che, dei casi esaminati, quello ad andamento meno favorevole è il terzo, nel quale i tentativi di modificare lo stile di vita vanno a urtare con una serie di ritualismi ormai consolidati anche da parte dell'ambiente (moglie, familiari) non disponibile a cambiamenti in direzione più funzionale. Il pensionamento nel terzo paziente costituisce in particolare un momento difficile da superare perché espone il paziente al confronto inferiorizzante con gli altri, alla passività, all'autoemarginazione come compensazione negativa. Si potrebbe obiettare che questo paziente è anche il più anziano di tutti, ma l'esame di struttura di personalità evidenziava, come già detto, delle risorse creative tutt'altro che esaurite o in decadimento. Neppure l'interazione somato-psichica sembra giocare un ruolo particolarmente negativo: infatti il paziente ha un aspetto vitale e mantiene un'efficienza fisica soddisfacente. Viceversa, pesa in lui sfavorevolmente il vissuto di non accettazione del tempo che passa, vissuto diremmo costante nei pazienti fobici, in questo caso rinforzato forse dall'obiettività dell'età cronologica.

Non l'età in sé sarebbe quindi il principale ostacolo alla psicoterapia dell'anziano, bensì altri fattori che ad essa possono anche se non necessariamente essere rapportati: il vissuto al negativo del tempo che sfugge, la perdita della possibilità di progettare un futuro attivo e costruttivo, il cristallizzarsi non solo dello stile di vita ma anche della risposta ad esso da parte dell'ambiente, per cui il cambiamento diventa talora addirittura ostacolato, o almeno non apprezzato. Viene così a mancare, o ad essere in difetto, il collaudo positivo del lavoro terapeutico. Esso non può tuttavia essere ritenuto inutile, in quanto si propone come finalità, sia un migliore adattamento all'ambiente ottenuto attraverso dei ricondizionamenti di carattere pedagogico, sia un innalzamento dell'autostima attraverso la rielaborazione dei vissuti emotivi nell'ambito del rapporto transferale, dove il soggetto sperimenta un nuovo e migliore modo di «essere con altri».

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- ABRAHAM K.: «Le pronostic du traitement psychoanalytique chez les sujets d'un certain âge». In «Oeuvres Complètes», Ed. Payot, Tomo II, pag. 92.
- ACCOMAZZO R., FULCHERI M.: «L'anziano e l'istituzione geriatrica: alcune considerazioni psicodinamiche». In Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino, Gennaio 1983.
- ADLER A. (1926): «La psicologia individuale». Newton Compton, Roma, 1970.
- ANSBACHER H.L., ANSBACHER R.R.: «The individual psychology of A. Adler». Basic Books, New York, 1956.
- CAZZULLO C.L.: «Vecchiaia e senescenza». Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino 1983.
- CESA BIANCHI M.: «Psicologia della senescenza». Angeli, Milano, 1979.
- DEDIEU-ANGLADE G.: «Psychothérapie des troubles psychonévrotiques au cours du vieillissement». E.M.C., 37541, A10, 10, 1981.
- ELLENBERGER H.T. (1969): «La scoperta dell'inconscio». Boringhieri, Torino, 1972.
- FULCHERI M.: «La psicologia individuale e gli anziani». Riv. psicol. Indiv. 8, 13, 1980.
- FULCHERI M., ACCOMAZZO R.: «Finalità della psicoterapia analitica adleriana nell'anziano». In Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino 1983.
- FREUD S.: «Il metodo psicoanalitico freudiano» (1903) in «Opere»; Boringhieri, Torino, Vol. 4, 19.
- HAZZARD W.R. in Harrison's principles of Internal medicin. M graw Hill, Tokyo, 1983.
- ILLICH J.: «Nemesi Medica». Mondadori, Milano, 1977.
- KOHUT H.: «Narcisismo e analisi del Sé» (1971). Boringhieri, Torino, 1976.
- KING P.: «The life cycle as indicated by the nature of the transference in the psychoanalysis of the middle-aged and the elderly». The Int. J. of Psychoan. 61, 152, 1980.

- POST F.: «The clinical psychiatry of late life». Pergamon Press, London, 1965.
- PARENTI F.: «La Psicologia Individuale dopo Adler». Astrolabio, Roma, 1983.
- RAVIZZA L., FURLAN P.M., MELUZZI A., ANGELINI G.: «Depressione e senescenza». In Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino, 1983.
- ROSSI R.: «Edipo a Colono: equilibri psicologici e psicopatologici nella senilità». In Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino, 1983.
- ROVERA G.G., FASSINO S., MUNNO D., SCARSO G.: «Problemi di adattamento al setting nella psicoterapia dell'anziano». Atti XVII Congr. Naz. Soc. Ital. Psicot. Medica, Bari, 1938 in press.
- ROVERA G.G., FASSINO S.: «La sub-cultura e lo stile di vita del paziente e dell'analista come variabili interdipendenti nella relazione psicoterapeutica». Atti XVIII Congr. Naz. Soc. Ital. Psicoterapia Medica, Verona 1984, in press.
- SCALA A.: «L'anziano ed il contatto ambientale urbano: problemi sociali e assistenziali». Atti del XXXIII Congresso Nazionale della Soc. Ital. Psicoan. Clued., Bologna, 1977.
- SIMEONE J., ABRAHAM G.: «Introduction à la psychogériatrie». Simep, Paris, 1984.
- SOMOGGI S.: «I fattori demografici nella problematica del pensionamento». Suppl. 58 in Giorn. Geriat. 1975.
- VOLTERRA V.: «Il mantenimento dell'identità nell'anziano». In Atti del Convegno «L'uomo e la Senescenza», Torino, 1983.
- ZOJA L.: «La terapia analitica di fronte alla vecchiaia» in AA.VV. Psichiatria geriatrica, Masson, Milano, 1981.