

La psicoterapia con il vecchio: storie cliniche

Psychotherapy in aging: clinical pathways

Autori: Alessandra Tognetti¹

Affiliazione: ¹Geriatra per Acuti, Ospedale Sant'Eugenio Roma

Riassunto

Si presentano due casi clinici con problemi di ansia e depressione per favorire una riflessione sull'intervento psicologico nell'anziano. La valutazione delle condizioni biologiche, psicologiche e socio-ambientali in questa fase della vita ha un valore anche prognostico. Nel grande vecchio si privilegia un intervento con obiettivi circoscritti e con strategie più dirette.

Abstract

The presentation of two clinical cases gives the opportunity to reflect on psychotherapy in the elderly. The evaluation of biological, psychological and socio-environmental conditions is also important in any prognosis in the elderly. In the very elderly, limited goals and more direct strategies are chosen.

Parole chiave: depressione, invecchiamento, psicoterapia

Key words: depression, aging, psychotherapy

Introduzione

L'invecchiamento è un processo lungo, che risente di variabili individuali, biologiche, ambientali, affettive e diventa poco realistico considerarlo come un'unica fase della vita (De Beni, 2009). Se nel giovane vecchio l'attività lavorativa o la responsabilità nei confronti dei figli hanno ancora un peso,

nel grande vecchio è la perdita di autonomia o del controllo della propria vita a rappresentare una fonte di angoscia (Smith et Baltes,1997). Tra le patologie che si presentano in età avanzata sta acquisendo visibilità la depressione, di difficile diagnosi perchè l'umore depresso non è sempre il primo sintomo presentato, sostituito spesso da lamentele somatiche, stanchezza, insonnia, o da sintomi bizzarri. La distinzione tra depressione *early onset* e *late onset* (Alexopoulos G.S. Kelly R. 2009), differenzia gli stati depressivi con esordio in età avanzata, spesso sostenuti e amplificati dalla presenza di danni vascolari, da quelli con esordio in altre fasi della vita e che si ripresentano in tarda età. Nella vecchiaia è peculiare il rapporto con le perdite siano esse di ruolo, affettivo-relazionali, di spazio, di integrità fisica o di autonomia economica, che facilitano una condizione di disadattamento, spesso con umore depresso. Un ulteriore rischio è dato dall'esordio di una demenza che si può presentare con un primo sintomo non cognitivo come la depressione. La relazione tra demenza e depressione in letteratura è ancora controversa, con l'ipotesi non sempre condivisa di un continuum tra le due patologie ma con il suggerimento che la presenza di una storia di depressione raddoppi il rischio di sviluppare demenza di Alzheimer (Jorm A.,2001; Goveas J.S.,et al.,2011). Prendere in carico un paziente anziano o un grande vecchio quindi, significa confrontarsi con una realtà sfaccettata, dove il ruolo di fattori biologici, psicologici e socio-ambientali è importante nella genesi e nel mantenimento di una condizione di sofferenza. Sicuramente la psicoterapia con il vecchio oggi, superata quasi completamente l'idea di una rigidità nella organizzazione della personalità tale da non essere suscettibile di cambiamenti, rappresenta una sfida stimolante.

In questo contesto si propongono due diverse situazioni, inviate da un ambulatorio geriatrico, con una breve riflessione sulla scelta del percorso seguito. Il primo caso riguarda una donna di 76 anni, con stato depressivo e presenza di mispercezioni; nel secondo caso, invece, si tratta di un uomo di 87 anni con attacchi di panico. La diagnosi clinica è stata formulata da un geriatra. Ai pazienti è stata somministrata una batteria di test neuropsicologici per una stima dello stato cognitivo (buona conservazione, con presenza di lievi deficit disesecutivi nella donna e riduzione della flessibilità cognitiva nell'uomo) e una Geriatric Depression Scale per la valutazione del tono dell'umore che, in entrambi i casi, è risultato molto depresso. Nell'anamnesi, come sempre nel vecchio, sono stati considerati altri parametri quali le condizioni generali di salute, la presenza di storia di depressione, i life stress events recenti e le risorse socio ambientali, al fine

di strutturare un intervento coerente con le criticità e con le risorse presenti. L'intervento psicologico è di tipo cognitivo-comportamentale.

I casi clinici

Caso 1 Luisa ha 76 anni, vedova da nove, ipertesa ben compensata, con due figli entrambi sposati che vivono a pochi chilometri di distanza e tre nipoti. Da circa un anno, dopo il trasferimento del figlio maggiore in un appartamento più grande ma più lontano, è turbata e impaurita dalla figura del marito che vede passeggiare in particolari ore della giornata, preferibilmente la sera tardi. Sa che tale presenza non è reale, ma ciò nonostante è impaurita, a lungo non ne parla con nessuno perché teme che la considerino pazza, riduce il rapporto con le persone amiche perché non sa che dire, nell'angoscia di scoprirsi troppo. Il suo impegno con i nipoti, ora che non vivono più nell'appartamento accanto al suo, si è ridotto e si sente drammaticamente sola. La presenza percepita del marito sembra avere un duplice ruolo, protegge dalla solitudine e fornisce una sorta di feedback esterno. Luisa ha sempre gestito bene la casa, la famiglia, le relazioni ma con il bisogno di una conferma esterna, in passato dalla madre, poi dal coniuge. La perdita di un riferimento costante le crea un senso di smarrimento: ora è più libera ma avverte una maggiore incertezza, soprattutto nelle scelte in contraddizione con le regole di vita imposte dal marito. Ad esempio, concedersi piccoli piaceri la fa sentire in colpa e le sembra un tradimento nei confronti del coniuge scomparso. La presenza del marito è avvertita come più inquietante quando *“ha fatto qualcosa che non doveva..”* Luisa accetta di buon grado un supporto psicologico perché non vuole assumere gli antidepressivi che le hanno prescritto, di cui teme gli effetti. L'intervento psicologico si articola principalmente in due fasi, con l'obiettivo di contenere il sintomo e, successivamente, di comprendere e di gestire in altro modo l'insicurezza e il ritiro sociale. Inizialmente si raccolgono alcuni elementi della storia personale con particolare attenzione alla gestione delle situazioni di attaccamento e di separazione e al vissuto nei lutti importanti. Il focus è però sul qui e ora, sull'osservazione di antecedenti, emozioni e conseguenti relativi alla percezione della presenza del marito. Gradatamente, in Luisa, il timore si trasforma in rabbia verso una persona che ha punteggiato la sua vita con restrizioni e proibizioni.

L'espressione della rabbia, che le attiva sensi di colpa, viene accolta dal terapeuta che, lentamente, l'aiuta a recuperare una visione più ampia del comportamento del proprio compagno. Luisa racconta infatti come la tendenza esasperata al risparmio sia stata conseguenza di una infanzia e di una giovinezza fatte di privazioni in una famiglia poverissima, con il

desiderio di non esporre il proprio nucleo a situazioni analoghe e con l'aspirazione di creare una base economica per permettere ai figli di studiare e per avere una vecchiaia dignitosa. La rilettura della situazione in un'ottica differente riduce le dispercezioni ma lascia spazio ad una serie di sintomi somatici, come sbandamenti, malori non ben definiti, insonnia.

L'osservazione e la contestualizzazione di ciò che sta accadendo, permette di focalizzare un problema centrale: per Luisa un legame di reciproca cura rappresenta la massima espressione affettiva. L'allontanamento del figlio e della sua famiglia interrompe il ruolo di sempre, creando un vuoto che non può essere colmato, come in passato, da altri oggetti di cura. Le esigenze familiari che sono parte della vita dei figli e che li tengono lontani, sono vissute in chiave abbandonica da chi ha dedicato la vita all'accudimento costante di suoceri, genitori e altri. Inoltre, i lievi deficit disesecutivi che rendono più difficile la gestione di eventi nuovi, aumentano la sua percezione di fragilità e i figli, a suo dire, non se ne prendono sufficiente cura, così come aveva fatto lei con tutti i vecchi della famiglia. La percezione di abbandono è netta in una persona che ha fatto dell'accudimento non solo lo scopo della propria vita ma una corazza protettiva nei confronti di rinunce e frustrazioni. Nella logica di Luisa non ci si separa mai e il padre amatissimo e la madre detestata, sono presenti nei suoi sogni, negli oggetti della casa, così come lo è stato il marito nel suo ruolo di controllore-persecutore. I figli dovrebbero intuire i suoi bisogni e quando ciò non accade i malesseri si amplificano con modalità colpevolizzanti. Il *“mi sono sentita malissimo, non mi sono potuta muovere, non avevo in casa nulla da mangiare”* arriva sempre dopo. Non c'è mai una richiesta precisa di aiuto ma una esibizione di sofferenza che dovrebbe attivare cure affettuose ma che in realtà allontana i figli, confermandole la percezione di abbandono.

Nel lavoro terapeutico si procede con l'osservazione della sua modalità di gestione dei legami e delle separazioni affettive, con attenzione al passato ma con progressivi spostamenti al presente, fino all'allontanamento del figlio maggiore, alla presenza discontinua del figlio minore e al suo vissuto verso gli stili di vita delle generazioni più giovani. La riflessione su differenze generazionali che possono essere criticabili ma non sono necessariamente sinonimo di abbandono, rende possibile dei cambiamenti con una diminuzione dell'angoscia e, soprattutto, con la possibilità di formulare alcune richieste specifiche, in modo chiaro e senza sintomi secondari. Gradualmente riprende ad uscire, a frequentare qualche persona e ad occuparsi parzialmente dei nipoti. Il follow up a distanza di un anno mostra una situazione sostanzialmente stabile.

Commento L'intervento psicologico è durato all'incirca un anno, con incontri settimanali e in ultimo, quindicinali. Fattori positivi sono stati una buona capacità introspettiva, un medico di fiducia con il quale è stato facile collaborare, la presenza di familiari disponibili, l'apprendimento di semplici tecniche di gestione dei deficit disesecutivi. La presenza di variabili di questo tipo rende più favorevole la prognosi, così come un buono stato di salute e l'assenza di condizioni economiche precarie. Le dispercezioni si sono risolte rapidamente grazie alla possibilità di dare senso a ciò che stava accadendo ed anche alla opportunità di esprimere liberamente sia il disagio vissuto nel passato, sia le nuove scelte quali l'essere più generosa economicamente con sé e con i nipoti, con la replica però uno schema di conferma esterna del proprio agire, già utilizzato in passato. Più complesso il secondo passaggio, con l'obiettivo di esplorare le modalità di attaccamento e di separazione. Non certo per rilevarne le criticità, bensì per coglierne la coerenza, probabilmente funzionale in parti della vita in cui l'accudimento ha cementato la relazione di coppia e ha contribuito a mantenere una buona stima di sé e per evidenziare la necessità di aggiustamenti più consoni alla situazione attuale. In questa fase i sintomi somatici con le loro fluttuazioni hanno rappresentato un linguaggio in grado di fornire informazioni sull'andamento della terapia, una sorta di indicatore di efficacia in grado di integrare scale di valutazione ancora poco specifiche per l'anziano. Punto centrale è stato l'accoglienza degli stessi, il ricorso al medico di fiducia per avere una rassicurazione se necessaria, l'osservazione attenta per coglierne i nessi con eventi accaduti, con riflessioni nascoste, con momenti di sconforto. Un cambiamento implica consapevolezza e accettazione delle mutate condizioni di vita con individuazione di strategie alternative o di compenso e include una relazione diversa con l'ambiente, coerente con la nuova situazione.

Caso2 Nicola ha 87 anni una laurea, una moglie con cui vive e un figlio da anni in un'altra città. E' iperteso ora ben compensato; ha avuto importanti problemi vascolari e, negli ultimi anni, due interventi con applicazione di due stent. Nell'ultimo anno si è sentito più instabile nella deambulazione, ha iniziato malvolentieri ad utilizzare il bastone e ha perso due cari amici, con grande dispiacere. Meticoloso, abitudinario ha una vita semplice e ben organizzata, con orari precisi e consuetudini rassicuranti. Ogni anno, dall'età di 16 anni, passa le vacanze in montagna, modulando nel tempo l'attività fisica, dalla roccia alle attuali passeggiate in piano. Proprio in montagna ha il primo attacco di panico mentre attraversa un ponte; si blocca e per riuscire a procedere chiede aiuto alla moglie e ad un

turista di passaggio. Da qui una serie di evitamenti a catena, che rendono sgradevole l'ultimo periodo di vacanza. Al ritorno a Roma ha paura di uscire da solo, evita il terrazzo di casa perché ha un senso di vertigine, smette di guidare la macchina perché teme di bloccarsi in mezzo alla strada. Accetta un primo colloquio psicologico su indicazione del geriatra e su pressione della moglie. Appare imbarazzato e un po' infastidito ma racconta di essere sempre stato una persona ansiosa che ha risolto situazioni critiche evitandole se possibile, altrimenti forzando sé stesso al raggiungimento dell'obiettivo. Ora è stupito e disorientato perché mai nella vita gli è accaduto un fatto simile. Si concorda un ciclo di otto incontri con l'obiettivo di sbloccare la situazione; se ciò non accadrà proseguirà con la sola terapia farmacologica. Nicola è molto concreto, con una bassa capacità introspettiva ma con una buona capacità di osservazione. Si parte quindi dalla osservazione del primo evento critico e dei successivi, accaduti in vacanza. Elementi comuni sono stati :” paura improvvisa del vuoto= percezione di perdita di controllo=bisogno di aiuto=cosa mi sta accadendo=guarda come sono ridotto”, con un totale ribaltamento dell'immagine di sé da positiva a completamente negativa. La conseguenza è un ritiro graduale con rinforzo di una immagine negativa di sé. Il sintomo spiazza Nicola in una fase della vita in cui inizia a sentirsi concretamente fragile e ne amplifica la percezione, facendolo sentire in balia degli eventi e senza più controllo sulla propria vita. Le modalità utilizzate in precedenza non funzionano e il sintomo si è generalizzato, moltiplicando gli evitamenti. Agli eventi spiacevoli accaduti negli ultimi mesi se ne è aggiunto un altro del quale è venuto casualmente a conoscenza e che in apparenza non sembra averlo turbato. Il figlio ha lasciato un posto di lavoro di prestigio per iniziare una nuova avventura, forse entusiasmante ma con obiettivi vaghi e, al momento, senza certezze. Probabilmente la scelta di un uomo di cinquanta anni così diversa dalla ricerca di sicurezze che ha sempre caratterizzato la vita del padre, ha un suo ruolo nella percezione di non controllo di Nicola che però non coglie alcun nesso tra i due eventi. Il terapeuta decide di non esplorare oltre ma di focalizzare l'attenzione sugli eventi precedenti, in particolare sulle perdite affettive e sulle limitazioni motorie che richiamano due temi vicini alla sensibilità del grande vecchio, ossia l'idea della fine della vita e il timore della perdita dell'autosufficienza. Per Nicola la logica è sempre stata duale, del “tutto o niente” o sei in grado o non lo sei, quindi con serie difficoltà a confrontarsi con le sfumature dell'esperienza e, in questo caso, con i vincoli di una età avanzata. Introdurre il concetto di limite, significa in qualche modo cercare una mediazione che permetta di restringere il campo delle possibilità senza

per questo sentirsi finiti (Bartorelli L.Tognetti A.,2013). In altre parole il bastone è il simbolo di un limite ma lo è anche di una possibilità in quanto permette di continuare a mantenere un raggio di autonomia più ampio. Il sintomo, la paura, viene quindi ridefinito come un segnale del corpo che invita probabilmente a modificare il proprio stile di vita per adeguarlo alla situazione attuale. La perdita degli amici ha ridotto il campo delle relazioni, l'incertezza nella deambulazione ha ridotto la potenzialità fisica, quindi ci si propone di esplorare quali siano le possibilità, le azioni, i comportamenti raggiungibili, dove si attiva la paura, quanto si può forzare. Con una serie di esercizi molto concreti Nicola riprende a muoversi prima a piedi, poi con l'automobile nei brevi, semplici percorsi che seguiva prima della partenza. Il recupero di una autonomia, così come di ritornare ad essere un sostegno pratico per la moglie, favoriscono un aumento di autostima con l'attivarsi, questa volta, di un circolo virtuoso. Dopo gli otto incontri iniziali ne sono stati programmati quattro intervallati nel tempo, come follow up. A distanza di un anno la situazione permane stabile.

Commento L'intervento con Nicola, è sostanzialmente diverso dal percorso seguito con Luisa, per le caratteristiche di personalità, per la minore flessibilità, per la fascia di età differente. L'intervento è più breve, con un obiettivo definito, più concreto perché coerente con il linguaggio del paziente e in un arco della vita dove tutto è presentificato e il futuro è ridotto. La rilettura del sintomo connessa con dati reali permette a Nicola di riprendere il controllo attraverso il passaggio da "*come mi sono ridotto*" quindi senza speranza, a "*forse sto pretendendo troppo da me*", con la possibilità di gestire le proprie energie in modo diverso. Durante il breve percorso terapeutico sono emerse tematiche e problematiche di altri momenti di vita, accolte con interesse ma lette solo come espressione di potenzialità o di limiti di momenti diversi dell'esistenza quindi utilizzabili solo in parte nel qui e ora.

Conclusioni L'esperienza condotta per vari anni del trattamento psicologico nella fase più avanzata del percorso di vita è stata stimolante e positiva. La psicoterapia con lo young old oggi, con l'allungamento della vita lavorativa e con le migliori condizioni di salute non presenta particolari specificità. Con il paziente più anziano e ancora di più con il grande vecchio diventa necessario modificare gli obiettivi, spesso più circoscritti e le modalità di intervento, più concrete e/o dirette. L'alleanza con la famiglia, dove presente, può essere un valido supporto per il terapeuta. Nel caso di Nicola, ad esempio, lo sforzo della moglie di non cedere

all'iperprotettività è stato prezioso. Per Luisa è stata invece rassicurante la disponibilità dei figli ad un incontro con il terapeuta. Se con un old old è ancora possibile promuovere modalità di distanziamento che favoriscano la differenziazione tra realtà soggettiva e oggettiva quindi tra fatti e interpretazione degli stessi per i grandi vecchi è necessario ridare coerenza al percorso di vita e al senso di Sé, rivalutandone i valori e l'autostima. (Bizzini L., Bizzini V. 1999). Si evidenziano così due aspetti: l'obiettivo da perseguire e il ruolo dello psicoterapeuta. L'obiettivo dell'intervento è di aiutare l'oldest old a mantenere la coerenza del Sé, favorendo l'espressione di contenuti dolorosi che devono essere accolti ma con riflessioni che recuperino il positivo dalle esperienze passate, per agire sul vissuto presente ed anche sul futuro, seppur breve. Lo scopo è di ridimensionare l'impatto delle problematiche di vita riducendone la sofferenza, di recuperare la padronanza di sé e di incoraggiare la ricerca di modalità di adattamento più funzionali. Lo psicoterapeuta in questo percorso, deve anch'egli rinforzare le proprie doti di flessibilità, consapevolezza e creatività, per compensare le difficoltà di identificazione con un paziente che propone tematiche e problemi troppo lontani dalla propria età ed esperienza. La curiosità nei confronti del paziente e l'esplorazione delle sue potenzialità sono una via per contenere il senso di inutilità che un grande vecchio può sperimentare, per comprenderne meglio i bisogni, per facilitare l'integrazione delle difficoltà attuali nella esperienza personale favorendo così il recupero di un benessere con una relativa stabilità nel tempo. (Moser F. Pezzati R, *et al*, 2002)

Bibliografia

- Alexopoulos G.S. Kelly R. Jr., (2009) Research advances in Geriatric Depression, *World Psychology* Oct; 8(3):140-149
- Bartorelli L. Tognetti A. *Psicologia* (2013) In *I grandi vecchi :curare ancora*, a cura di Senin U. Bartorelli L. Salvioli G. Carocci Faber Roma
- Bizzini L., Bizzini V. (1999) In *Storie di vita*, a cura di F. Veglia, Bollati Boringhieri Torino
- De Beni R a cura di, (2009) *Psicologia dell'invecchiamento* Il Mulino Bologna
- Goveas J. S., *et al.*, (2011) Depressive symptoms and incidence of Mild Cognitive Impairment and probable dementia in elderly women: the women's health initiative memory study, *J Am Geriatric Soc* 59:57-66; 2011

- Jorm A. (2001) History of depression as a risk factor for dementia: an updated review. *Aust N Z J Psychiatry* Dec;35(6):776-81.
- Moser F. Pezzati R. Luban Plozza B.(2002) *Un'età da abitare* Bollati Boringhieri Torino
- Smith J., Baltes P.B.(1997) Profiles of Psychological Functioning in the Old and Oldest Old , *Psychology and Aging* vol.12: 3: 458-472