

Meet elderly people demand

*Pamela Crisanti**, *Viviana Fini***, *Elena Russo****

Abstract

In this article are presented work experiences with elderly people within the contexts of private practice and public service. The cases refer to psychotherapy interventions which belong to “Macri” study, a home psychotherapy intervention from the “Espero” study and an intervention within the Hospital-Territory Psychology Service of the North West Tuscany Local Health Authority. When the requests are valued, in private practice as well as in the public context, we meet elderly people who do not want to be considered just “bearers” of an emotionality to be taken for granted: meeting the psychotherapy service with its specialists, they express their wish to still exploring their subjectivity. Their “associated question” is characterized by an emotionality that may surprise, be amazing, confuse. Emotions that may scare the effected people but at the same time, such emotions belong to their wish to take care of them. Giving the correct value to each individual life experiences, relationships and wish is the common thread that is part of these three reports and which, despite their differences, connects them.

Keywords: elderly people; ageism; demand; desire; subjectivity.

* Psychologist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Intervention and Analysis of demand. Co-founder of Macri – Associate Psychologists. Email: pamelacrisanti@gmail.com

** Psychologist, psychotherapist, PhD; Psychologist of UOC Psychology of Continuity Hospital-Territory of USL Toscana Nord Ovest; Professor of SPS, Specialization Course in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Psychological Intervention and Analysis of the Demand. E-mail: vivianafini@gmail.com

*** Psychologist, Specialist in Psychoanalytic Psychotherapy – Clinical Intervention and Analysis of demand. Co-founder of Espero – Psychology Study. Email: elenarusso9@hotmail.com

Crisanti, P., Fini, V., & Russo, E. (2023). *Incontrare la domanda degli anziani [Meet elderly people demand]*. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 54-62. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Incontrare la domanda degli anziani

*Pamela Crisanti**, *Viviana Fini***, *Elena Russo****

Abstract

In questo articolo vengono presentate esperienze di lavoro con anziani nei contesti dello studio privato e del servizio pubblico. I casi si riferiscono a interventi di psicoterapia entro lo studio “Macri”, un intervento di psicoterapia a domicilio dello studio “Espero” e un intervento entro un servizio di Psicologia della Continuità Ospedale-Territorio dell’Usl Toscana Nord Ovest. Quando si valorizza la domanda, nello studio privato così come nel contesto pubblico, si incontrano anziani che non vogliono essere considerati come portatori di una emozione scontata: esprimono il desiderio di continuare a esplorare la loro soggettività nell’incontro con lo psicoterapeuta e con il servizio. La loro domanda è caratterizzata da un’emozione che sorprende, stupisce, confonde. Emozioni che spaventano e coesistono con il desiderio di volersene occupare. Dare valore ai vissuti, ai rapporti e al desiderio è il *fil rouge* che attraversa questi tre resoconti e che, pur nelle loro differenze, li mette in relazione.

Parole chiave: anziani; ageismo; domanda; desiderio; soggettività.

* Psicologa, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. Co-fondatrice dello Studio Macri – Psicologi Associati. E-mail: pamelacrisanti@gmail.com

** Psicologa, Psicoterapeuta, PhD; Psicologa dell’Unità Operativa di Psicologia di Continuità Ospedale-Territorio dell’Usl Toscana Nord Ovest; Docente di SPS, Corso di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento Psicologico Clinico e Analisi della Domanda. E-mail: vivianafini@gmail.com

*** Psicologa, Specialista in Psicoterapia Psicoanalitica – Intervento psicologico clinico e Analisi della Domanda. Co-fondatrice di Espero – Studio di Psicologia. E-mail: elenarusso9@hotmail.com

Crisanti, P., Fini, V., & Russo, E. (2023). Incontrare la domanda degli anziani [Meet elderly people demand]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 11(1), 54-62. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>

Introduzione

Gli interventi che qui vengono resocontati sconcertano il punto di vista prevalente nella letteratura, nei servizi e nel senso comune: con gli anziani non si può intervenire terapeuticamente, se non attraverso trattamenti di riabilitazione cognitiva (Maglie, Marin, & Grattagliano, 2021). Frutto di un pregiudizio culturale, l'ageismo (WHO, 2021) che porta a questa convinzione, investe i servizi (e le politiche che li organizzano) che assimilano l'anziano al suo corpo mortale, corpo che va incontro a un decadimento progressivo, si ammala e muore. In questo caso l'anziano viene visto come fragile, in simmetria con la fragilità del suo corpo. Investe anche la psicoanalisi (Marchetti, 2019) che non coglie i vissuti (disorientamento, difficoltà a dare senso, confusione) associati a eventi quali il pensionamento, il declino somatico, l'avvicinarsi della morte. In entrambe i casi è evidente come con l'anziano, con il quale non è possibile immaginare un percorso di sviluppo lineare che abbia quale esito finale la guarigione, i vissuti scompaiano e restino i limiti, reificati. Pensiamo che questa operazione di reificazione porti con sé quel sentimento di impotenza che caratterizza anziani e operatori che con loro lavorano (Bellotti & Madera, 2008). Ci si chiede se la scarsa domanda da parte degli anziani di una psicoterapia in generale e di una psicoterapia psicoanalitica in particolare (Nicolini, Ambrosiano, Minervini, & Pichler, 2008) non sia in realtà anche l'esito di una limitata offerta di una psicoterapia capace di intervenire sui vissuti, fuori dal paradigma della crescita e dello sviluppo individuale.

L'esperienza di chi resoconta dice, infatti, che l'offerta di servizi di psicoterapia orientati a dare senso ai vissuti viene colta da potenziali invianti e da potenziali clienti (anche anziani) come una offerta interessante per dare senso a emozioni inedite e spesso confusive. Dice anche che avere a mente i vissuti consente di cogliere nella domanda che gli anziani fanno ai servizi socio-sanitari (che passa spesso per problematiche inerenti il corpo che si ammala, che non funziona più, che muore) un tentativo di legittimare un disorientamento emozionale che non trova altri possibili ancoraggi e spazi di accoglienza.

Il disorientamento e la confusione che i pazienti incontrati portano riguardano spesso i vissuti relativi al venir meno o all'assottigliarsi di quei sistemi collusivi entro cui agivano i propri ruoli (nel lavoro, in famiglia, nel contesto amicale e/o sociale), costruendo e sviluppando, a partire da quelli, i propri rapporti, la propria identità, la propria presenza nel mondo, il senso del presente e del futuro. Renzo Carli definisce "contesti" questi sistemi collusivi (Carli, 1995): in letteratura si parla di desocializzazione (Puggelli, Casani, Zanolini, & Quadrio Aristarchi, 2004) per evidenziare come lo stato anziano sia caratterizzato da un insieme di eventi (il pensionamento, la morte di familiari e/o amici) in cui viene meno il prendere parte a contesti in cui, a torto o a ragione, entro anche dimensioni di conflittualità, la partecipazione al mondo sociale, relazionale, organizzativo, veniva garantita. Questo venir meno della scontatezza della partecipazione a contesti sociali entro cui sperimentare dimensioni di convivenza comporta spesso un vissuto di perdita di potere, che viene rafforzato dalla scarsa valorizzazione che il contesto sociale riserva all'ascolto e al riconoscimento della volontà di chi è in là con l'età.

Il disorientamento e la confusione che i pazienti incontrati portano, parlano anche del difficile lavoro di elaborazione dei limiti che, se è sempre vero, presente e complesso (ci si ammala e si muore, infatti, anche da giovani), con l'anzianità – come si è accennato più sopra – sembra ancor più difficile, considerato che la cultura in cui siamo immersi sembra prescrivere una sorta di reificazione del limite che comporta una scotomizzazione del processo desiderante. Desiderare, come sostiene Carli (2011), significa smettere di contemplare le stelle, dandosi da fare nella realtà. Non è un processo che viene meno se c'è un limite di realtà: al contrario, per desiderare serve accettare il limite nei confronti dell'aspettativa magica di non averne. Questo significa che si può desiderare sempre, fino alla fine dei nostri giorni.

Viene alla mente il romanzo di Kent Haruf "Le nostre anime di notte" (2015/2017) in cui si narra l'incontro tra due persone anziane – Addie Moore, lei e Louis Waters, lui – nella immaginaria cittadina di Holt, nel Colorado. I due sono vicini di casa da sempre. Sono rimasti vedovi e le loro giornate si sono svuotate di incombenze e occasioni. Un giorno lei bussava alla porta di lui e con grande semplicità ed enorme coraggio gli chiede se gli va di andare a dormire da lei, la notte. E di parlare, di attraversare la notte insieme, di starsene al caldo nel letto, come buoni amici per costruire un senso di intimità e non sentirsi più soli. La proposta trasgressiva e diretta di Addie viene accolta con curiosità e disorientamento da parte di Louis e inizia così una storia di intimità, amicizia e amore fatta di racconti sussurrati alla luce delle stelle e piccoli gesti di premura. Ma la comunità di Holt non vedrà di buon occhio questa relazione, considerandola spregiudicata, inspiegabile, ribelle. Per i due protagonisti sarà difficile sostenere il proprio desiderio di fronte alle pressioni prescrittive

della comunità di Holt. Nella quarta di copertina l'autore scrive: "Questo libro è per chi è stato a Holt e non vede l'ora di tornarci, ma è soprattutto per chi, a Holt, non ci è ancora mai stato" (Haruf, 2015/2017), quasi un invito al lettore ad addentrarsi in quel processo collusivo che rende i desideri dell'anziano disdicevoli, perché la cultura prescrittiva non prevede che l'anziano abbia ancora desideri.

Costruire spazi di accoglienza dei vissuti degli anziani significa, quindi, accogliere il confronto tra emozioni prescritte e dimensioni soggettive (Paniccchia, 2022), per favorire un accesso al desiderio e consentirne una espressione e una progettualità nella realtà.

Interventi di psicoterapia realizzati entro il setting dello studio privato

Lo Studio Macri¹ è uno studio associato di professionisti psicologi-psicoterapeuti che offre servizi di psicoterapia a persone e famiglie. Lo studio è un contesto privato che negli anni ha costruito una rete di rapporti con professionisti anche di altre specializzazioni come psichiatri, che generano invii; proponiamo un servizio di psicoterapia orientata alla conoscenza dei vissuti. Un servizio di psicoterapia orientata a dare senso ai vissuti viene colto dagli invianti e dai clienti anche anziani come un'offerta interessante che risponde a una domanda legata a una confusione emozionale che non trova spazi di accoglienza entro modelli o contesti che intervengono, ad esempio, sul comportamento o che si occupano solo del corpo.

Avere come oggetto il lavoro sui vissuti ci ha permesso di incontrare la domanda di persone over 65.

Di seguito proporrò delle vignette cliniche relative al lavoro che ho portato avanti con tre persone. Tutte e tre si erano rivolte a uno psichiatra che ha prospettato loro, accanto a una terapia farmacologica, anche la possibilità di una psicoterapia. L'invio per queste persone è un passaggio focale, perché apre alla possibilità di parlare delle proprie questioni in termini di vissuti.

Le vignette si riferiscono alle fasi iniziali del lavoro con me. Non entrerò nel merito dell'organizzazione dell'intervento, mi interessa proporre qui spunti di riflessione intorno ai vissuti che organizzano una domanda di psicoterapia.

Rosalba, 75 anni, al primo incontro viene insieme al marito Mario, 78 anni. Lui è molto preoccupato da alcuni comportamenti bizzarri di Rosalba. Mario dice: "Da qualche mese Rosalba è molto stitica, quando va in bagno a fare le sue cose – capisce dottoressa che intendo? – si denuda completamente e sta in bagno per ore. Per la stitichezza sta prendendo lassativi e fa una buona dieta, però non capisco perché si denudi".

Rosalba piange, sul finire dell'incontro chiedo come vogliamo organizzarci per l'incontro successivo. Rosalba con un filo di voce dice che vorrebbe venire da sola. Nei nostri incontri Rosalba porta una questione: "Da quando mia figlia si è sposata, ho cominciato a ripensare a un uomo che amo tanto che non è mio marito; quando sono sola in bagno mi spoglio perché penso a lui e a quanto lo desidero. Sono spaventata e confusa mi sento matta a pensare a queste cose alla mia età".

Salvatore, 80 anni, viene perché molto depresso; non riesce più ad andare in canoa. La canoa è la sua più grande passione, non riuscire ad andare al circolo e salire sulla canoa è il segno di qualcosa di grave che gli sta capitando. Durante i nostri incontri parliamo del suo lavoro, è un commercialista stimato, in pensione da molti anni. Una volta lasciato il lavoro, chiude il suo studio; da poco sta decidendo di venderlo ad altri professionisti. Prendere questa decisione è l'occasione per chiedersi che rapporti ha costruito, sembra faccia un bilancio della sua vita e si accorga di essere molto solo. Dice: "Ho paura di morire solo".

Elena, 83 anni, quando la incontro ha da poco avuto un incidente domestico, è caduta in casa fratturandosi alcune vertebre. È molto arrabbiata con il suo compagno Attilio che, dice, ha deciso di morire lasciandola sola. Mi dice che viene perché è consapevole di avere una bellissima vita ma di soffrire molto perché non riesce più a godersela come prima. "Prima" si riferisce a prima di cadere, prima della morte di Attilio, prima quando frequentava la scuola di musica (che a causa della pandemia ha sospeso i corsi). Mi dice: "Finché ci sono su questa terra, voglio vivere al meglio, però devo capire come fare".

Queste vignette mettono in luce che ciò che organizza l'incontro tra la persona anziana e lo psicoanalista, diversamente da certe attese stereotipali, è l'esperienza di un'emozionalità inedita, ricca, a volte prorompente. Certo, si tratta di un'emozionalità che deve essere dotata di senso entro la relazione psicoterapeutica. La scelta di rivolgersi a uno studio privato che fa questa offerta sembra legata alla speranza di trovare un contesto che

¹ Il resoconto che segue è a cura di Pamela Crisanti.

possa accogliere questa novità emozionale, forse auspicando una differenza dalla cultura dei servizi istituzionalmente rivolti all'età anziana, meno o per nulla attenti a questo aspetto. Come evidenziato nell'introduzione, l'anziano culturalmente è rappresentato solo con emozioni di mortificazione (solitudine, isolamento) o peggio ancora con emozioni atrofizzate, visto che è molto avanti nel suo percorso di vita, o ancora come qualcuno che "sa già tutto", ovvero come chi non può avere alcun nuovo desiderio di cui occuparsi.

Lavorare con gli anziani: Incontri casuali o clienti dell'intervento?

Espero – Studio di Psicologia² è un'associazione professionale che offre servizi per individui, famiglie e organizzazioni. Le fondatrici di Espero lavorano da anni in differenti contesti (la scuola, gli enti del terzo settore, le associazioni sportive e culturali, i servizi sociosanitari) ricoprendo ruoli non psicologici. Entro tali contesti, dove la sospensione dell'agito organizzativo non sempre è possibile, gli interventi si fondano sulla competenza a colludere, cioè sulla capacità di proporre, attraverso azioni interpretative, assetti collusivi alternativi a quelli agiti entro l'organizzazione stessa (Possidoni et al., 2019). La competenza a colludere consente di istituire relazioni in cui sia possibile occuparsi dei vissuti delle persone.

Questa interessante possibilità incontrando, nelle esperienze di chi scrive, i limiti legati al ruolo non psicologico, ha costituito la premessa alla fondazione di uno studio professionale, la cui attesa iniziale, appunto, è che ci si possa occupare delle domande inevase di questi contesti.

Con il tempo e con l'esperienza è apparso sempre più chiaro che non esistono domande che prescindono dai contesti a cui arrivano; piuttosto è l'offerta che organizza la domanda, così come è il pensare un cliente che lo fa esistere.

L'interesse per il tema anziani nasce perché ci si imbatte in persone anziane nel corso degli interventi: quasi sempre si tratta di nonni di bambini o di adolescenti con cui si lavora. Ma il sostenere un'offerta che valorizzi i vissuti entro la domanda di intervento ha consentito l'arrivo anche di una domanda diretta di psicoterapia: nel caso qui resocontato l'anziano è il destinatario diretto dell'intervento, è l'anziano stesso che ha fatto richiesta di intervento.

Il caso della signora Antonietta: L'importanza della fase istituente per cogliere la ricchezza emozionale della domanda

Antonietta è una donna di 86 anni, inviata presso lo studio "Espero" da una collega psicoterapeuta. Vive con una badante indiana nel suo appartamento in un quartiere benestante di Roma, è vedova, non ha figli; una delle tre sorelle, poco più giovane e anche lei vedova, vive nell'appartamento accanto al suo, comunicante tramite una porta; le altre sorelle vivono in un'altra città.

Antonietta dice di voler risolvere il problema dell'angoscia che, secondo lei, deriva dalla sua difficoltà a camminare: trascorre quasi tutte le giornate sulla sedia a rotelle pur non avendo problemi di deambulazione riconducibili a diagnosi mediche. Durante gli incontri Antonietta racconta con nostalgia gli anni della sua giovinezza, la perdita della madre con cui aveva un rapporto importante, l'accudimento delle sorelle più piccole, il matrimonio con un uomo più grande (inizialmente osteggiato dalla famiglia), l'adozione di due nipoti per evitare di lasciare il patrimonio di famiglia in eredità a parenti lontani, un intervento chirurgico molto rischioso alla colonna vertebrale all'età di 50 anni che la fa sentire miracolata. La ricostruzione della sua storia è piena di soddisfazione per ciò che ha avuto e che ha rappresentato per le persone a lei care, ma anche di disperazione per non avere più niente, né il corpo né i rapporti di un tempo. Per Antonietta c'è vita solo nel suo passato, nel presente non c'è niente per cui vivere. Il rapporto con i limiti sembra molto difficile, dice di non ricordare la sua età precisa perché dentro di sé è come se avesse 20 anni di meno, si sente molto sola perché fatica ad apprezzare i rapporti ancora in vita: con le sorelle, con i nipoti, con la badante che vive con lei da due anni, con la parrocchia del quartiere che ha frequentato per molti anni. Durante gli incontri domiciliari cerco di recuperare e sostenere questi rapporti, proponendo iniziative di avvicinamento (per

² Il resoconto che segue è a cura di Elena Russo.

esempio tramite Facebook) a persone e contesti che sembrano irraggiungibili (amiche con cui si sono persi i contatti, pagine dedicate alla cucina), oppure iniziative riguardanti il nostro stesso rapporto (cucinare o cucire insieme). Queste proposte vengono accolte con entusiasmo da Antonietta ma rimandate sempre alla volta successiva.

Dopo 6 mesi di lavoro Antonietta decide di interrompere gli incontri: ha in programma di partire per la città in cui vivono le sorelle, dice che si farà risentire al suo ritorno, ma così non sarà. Oscillo tra il vissuto di fallimento dell'intervento e il riconoscimento che il senso dell'intervento è da ricercare in ogni ora trascorsa insieme, in cui Antonietta ha potuto sentirsi meno sola, facendo qualche ipotesi su quel vissuto. La richiesta di Antonietta fa ipotizzare un desiderio di legittimare l'angoscia provata e il tentativo di risolverla, autorizzandosi al ritiro. Il desiderio disdicevole, in questo caso, sembrerebbe essere proprio quello di ritirarsi, perché in difficoltà a dare senso alla propria vita, riconoscendo dei limiti. Questi limiti l'hanno confrontata con il venir meno di occasioni in cui il suo ruolo sociale (di donna benestante e in salute, di madre adottiva) mediava i suoi rapporti entro dimensioni di riconoscibilità e potere. Venuto meno quell'ancoraggio, sembra difficile per Antonietta accorgersi che il senso di solitudine che sperimenta non è dato tanto dall'impossibilità di camminare (che vorrebbe risolvere) quanto piuttosto dal difficile processo di costruzione di rapporti e della loro manutenzione nel tempo, al di fuori di dimensioni scontate di potere. Talvolta la reificazione dei limiti diventa il modo per non rischiare il desiderio, permanendo nella dimensione nota della lamentela.

La domanda degli anziani ai servizi sanitari

Lavoro nell'Unità Operativa di Psicologia della Continuità Ospedale -Territorio dell'Usl Toscana Nord Ovest³, un servizio formato dall'accorpamento delle Unità Operative di Psicologia Ospedaliera e di Cure Primarie, nato con l'obiettivo di promuovere una diversa cultura della salute in sanità, che metta al centro il paziente con una malattia organica e la sua domanda e favorisca il superamento della frammentazione degli interventi. Nello specifico, opero in Lunigiana sia nei due ospedali delle città di Pontremoli e Fivizzano, sia nell'ambulatorio di Riabilitazione Funzionale di Aulla.

La Lunigiana è un territorio ad alta presenza di anziani, un'Area Interna caratterizzata da spopolamento e problematiche legate alla mobilità⁴. L'indice di vecchiaia di queste Aree, si legge nei documenti Istat (2020), in certi casi raggiunge il 223,4%: si tratta dunque di territori considerati a forte criticità demografica e socio-assistenziale. Ne consegue che spesso i pazienti o i familiari che incontro siano anziani.

Sottolineo come avere a mente lo "stato anziano" mi ha consentito di organizzare un pensiero nuovo sia sulla domanda degli anziani ai servizi sanitari, sia sulla proposta collusiva che i servizi, di contro, talvolta fanno.

Con i due casi scelti vorrei provare a proporre alcune questioni. La prima è che mi sembra che la malattia sia spesso, per gli anziani, un pretesto simbolico grazie al quale trova legittimazione una confusa richiesta di aiuto che riguarda il difficile compito di dare senso alla vita (quella che rimane, quella che è stata), dalla specifica prospettiva dell'età. Trattare la malattia come fatto non aiuta i servizi sanitari (inclusi quelli a matrice psicologica) a comprendere tale domanda, contribuendo a offrire agli anziani una identità certa, organizzata intorno alla malattia o in generale al limite. Se questo succede in realtà con tutti i pazienti con una malattia organica, per gli anziani i costi sono davvero rilevanti: l'anziano, infatti, si confronta con la perdita (reale o simbolica) di molti dei ruoli che ha giocato nel corso della vita (lavoratrice/lavoratore, moglie/marito, padre/madre, amico/amica), dunque talvolta con un impoverimento degli investimenti emozionali attraverso i quali continuare a costruire la propria identità. Con la riduzione delle sue emozioni alle uniche possibili e previste dal contesto sanitario (quelle del malato che soffre per la sua malattia o per quella del familiare) resta inascoltato l'interrogativo sul senso della vita, quando si sperimenta, ad esempio, che il tempo è una cosa finita e intorno a te le persone care della tua età muoiono. Cogliere questa domanda mi sembra utile per orientare l'intervento psicologico al paziente, ma anche ai servizi e – come vedremo con uno dei due casi – anche alla comunità.

³ Il resoconto che segue è a cura di Viviana Fini.

⁴ Con Aree Interne si fa riferimento al modo con cui la Strategia Nazionale per le Aree Interne (SNAI), vale a dire la politica nazionale di sviluppo e coesione territoriale, definisce quei territori che sono distanti dai centri principali di offerta dei servizi essenziali, che vanno incontro a spopolamento e che sono abitati prevalentemente da anziani. Si tratta di territori oggetto di politiche specifiche volte a promuoverne uno sviluppo (www.agenziacoesione.gov).

E vengo qui al secondo aspetto: i pazienti, singoli individui, non esistono. Sono una costruzione culturale-organizzativa della sanità che investe le persone, costringendole a sottostare a rigidi protocolli organizzativi, vincolando spesso la loro vita entro quell'unico investimento emozionale che è la malattia, con il risultato di farle sentire molto sole e impoverite. Cominciare a vedere persone dentro rapporti (tra i quali anche quelli con i servizi sanitari) apre spazi inediti di intervento.

La signora che scopre le sue emozioni di anziana in un contesto sanitario che valorizza la vita piuttosto che la malattia

Rosalba ha 87 anni. Ha una recidiva di tumore (la terza). Ha avuto un intervento all'anca. Chiede di poter parlare con la psicologa entro il servizio di riabilitazione (e non nel servizio di oncologia, dove le viene comunque proposto). Questa scelta agita dalla signora contestualizza in modo interessante il senso della sua domanda.

Il servizio di riabilitazione si occupa, nell'immaginario dei pazienti e degli operatori, della vita più che della malattia in senso stretto. Ossia di aiutare le persone a recuperare margini di autonomia, di benessere, di adattamento nella vita quotidiana, tenendo conto di un deficit fisico (temporaneo o meno). È il contesto sanitario in cui meno si medicalizza la domanda dei pazienti. Mi sembra interessante che la signora Rosalba chieda di parlare con me entro questo contesto, che significa anche dentro queste premesse emozionali. Mi racconta di avere un tumore, ma la questione centrale non è la malattia, ma il fatto che la recidiva le abbia fatto scoprire di avere 87 anni. Dovrebbe essere esperta della vita, considerata l'età e invece prova emozioni che la turbano. Si stupisce e si sente confusa. Mi chiede se è normale. Colgo in questo rimando alla normalità un desiderio di non sentirsi sola, o la sola, con queste emozioni, ipotizzando che "normale" rimandi a una fantasia di norma in grado di organizzare un sentimento di appartenenza. Associa un altro momento della vita in cui si è sentita sola: aveva 17 anni, non usciva mai di casa, si era isolata. La madre la portò da un medico con cui si incontrava una volta a settimana: ricorda che insieme a lui riusciva a parlare. In modo molto emozionato rievoca il piacere che le davano quegli incontri e a quei momenti è tornata spesso con la mente durante il lockdown. Faccio l'ipotesi che il lockdown abbia rappresentato un momento di chiusura e di isolamento e se a 17 anni quel medico l'ha aiutata a tornare alla vita, anche oggi sta cercando qualcuno che l'aiuti a farlo, ma ciò implica confrontarsi con l'emozione di avere 87 anni e di non avere una vita intera davanti. Dare senso alla vita che resta implica capire come continuare a darvi un valore, vedendo le risorse entro i limiti di realtà. Lavorare su questo ha significato sostenere l'emozionalità perturbante di continuare a sentirsi viva e desiderante nonostante l'età e la malattia.

Il signor Antonio non esiste: Storia di un individuo nel suo contesto

Il signor Antonio mi viene inviato dall'Unità Operativa di Cure Palliative: è il marito di una paziente oncologica che il servizio segue domiciliariamente. La paziente è in fine vita e lui, in un momento di sconforto, dice alle dottoresse che la vita senza la moglie non ha più senso. Le dottoresse si allarmano e mi chiamano. Propongo al servizio un incontro per comprendere meglio la loro domanda. L'espressione di quelle emozioni da parte di Antonio diventa un allarme per il servizio: la psicologa viene chiamata con la fantasia di "normalizzare" i vissuti relativi all'evento morte e al difficile compito che spetta a chi resta di riorganizzare la propria vita senza la persona cara. Avverto la difficoltà di non entrare, anche io, in allarme: del resto non conosco ancora il signor Antonio. Chiedo, quindi, cosa si sa di lui, facendo l'ipotesi che provare a recuperare la sua storia nel contesto sociale ci possa aiutare a complessificarlo, a simbolizzarlo. E a capire qualcosa di più di quel vissuto di allarme. L'infermiera, nata e cresciuta in Lunigiana, racconta che Antonio è noto per essere stato sempre una "testa calda": sa che anche in Ospedale ha attaccato diversi medici nei mesi precedenti. La moglie, invece, è molto amata da tutti. Sono entrambi membri di un gruppo religioso e sono una coppia molto affiatata. Propongo l'ipotesi che Antonio si senta perso senza la moglie per la funzione che sembra aver svolto per lui, di facilitazione dei rapporti sociali. Alla luce di queste ipotesi, le dottoresse del servizio capiscono che la proposta di Hospice che avrebbero voluto fare al signor Antonio e a sua moglie è venuta loro in mente per proteggersi dalla fantasia che lui potesse reagire troppo male alla morte della moglie, piuttosto che per rispondere a un vero e proprio desiderio della moglie di Antonio e di Antonio. Questo pensiero ha consentito

di passare dall'idea di Hospice per salvare Antonio dalla tentazione del suicidio, alla proposta di Hospice per non lasciarlo solo in un momento così difficile della sua vita. Antonio non accetterà, cogliendo comunque la proposta relazionale e l'interesse da parte delle dottoresse nei suoi riguardi. Ciò confermerà la sua fiducia nei confronti del servizio e lo faciliterà nell'accettare l'invito a parlare con la psicologa.

Antonio agisce con me la sua disperazione senza filtri: colgo in ciò un modo per saggiare la capacità di questa nuova relazione a reggere la sua angoscia. Il lavoro fatto insieme è consistito nel dare senso a questi vissuti, che così hanno potuto trovare accoglienza; non essere risolti, ma sicuramente essere legittimati. Antonio ha potuto vedere che la fantasia di "decidere se lasciare andare o meno la moglie" lo portava a litigare con tutto il personale sanitario ma non gli consentiva di ascoltare davvero la moglie. Accettare che la morte della moglie non dipendesse in nessun modo da lui gli ha consentito di poterle stare accanto, valorizzando gli ultimi momenti di vita. Gli ha consentito di parlare di altre sue paure: *in primis* quella di non sapere stare al mondo senza di lei. Tra i rapporti interrotti in quel momento, non c'era solo quello con l'ospedale (contesto amico per Antonio, che è stato un infermiere), ma anche quello con il gruppo di preghiera. Sollecitato a occuparsene, capiremo insieme come la distruzione dei rapporti fosse legata all'agito dell'emozione di paura di rimanere solo. Vedere la sua implicazione in questa paura, lo aiuterà a rimettersi in rapporto con il gruppo di preghiera che gli sarà di molto conforto e vicinanza nei giorni della perdita della moglie e nel periodo subito successivo, quando la solitudine ha mostrato il suo volto più reale.

Il lavoro fatto insieme ha messo in evidenza, piano piano, ulteriori emozioni: ad esempio il desiderio di continuare a sentirsi utile per gli altri, cosa che lo ha sempre aiutato a sentire di avere valore. Capire che poteva ancora sperimentare quel valore gli ha fatto venire in mente che avrebbe potuto fare volontariato alla Pubblica Assistenza⁵. In Lunigiana molti anziani trovano in queste organizzazioni di terzo settore un luogo in cui continuare a sentirsi utili. E lo sono davvero. Come dicevo all'inizio, la Lunigiana è fatta di tanti piccoli paesi lontani gli uni dagli altri. I servizi non sono molto accessibili. Ecco che queste organizzazioni offrono un vero e proprio aiuto alle persone anziane e a chi ne ha bisogno per raggiungere i servizi. Da quando Antonio è diventato volontario, lo vediamo arrivare al servizio di riabilitazione fiero, con la sua divisa. Un ultimo aneddoto divertente, che fa pensare. Un giorno la fisioterapista mi comunica che "si deve fare assolutamente qualcosa con Antonio, perché quando accompagna la sua paziente (disabile) in macchina, corre come un matto e non le mette nemmeno la cintura! La signora è spaventatissima!". Propongo alla fisioterapista di parlare con lui, di farlo sentire parte di un intervento. La fisioterapista ci parlerà, dicendogli che la signora, per paura di venire in macchina, sta pensando di rinunciare alle sedute che per lei, però, sono importanti non solo dal punto di vista fisico, ma anche perché i momenti della fisioterapia sono i pochi in cui incontra qualcuno. Qualche settimana dopo la fisioterapista chiederà alla signora come vanno le cose con il trasporto. La signora farà le lodi di Antonio, che non solo guida molto meglio, ma la porta anche a prendere il caffè!

Conclusioni

Incontrare la domanda degli anziani ha a che fare con il riconoscere la loro soggettività, che ci si trovi in uno studio di psicoterapia privato o in un servizio pubblico.

Contrariamente a quanto si crede, a una certa età non ci si occupa del solo corpo e di come farlo funzionare; le persone che incontriamo sono desiderose di parlare di quello che provano in rapporto alla loro vita e ai cambiamenti che stanno affrontando.

Per gli anziani sembra che nulla possa cambiare, visto che la maggior parte della vita è già trascorsa. La fragilità che viene attribuita loro sembra la reificazione di questa fantasia: quello che attende l'anziano è il progressivo deterioramento che si concluderà con la morte.

Ma il cambiamento non è solo organizzato da ciò che succede fuori di noi, ma fortemente sollecitato dai nostri vissuti. Emozioni presenti, nuove, confuse che ci accompagnano per tutta la vita, delle quali ci si può occupare a tutte le età.

Bibliografia

⁵ Le Pubbliche Assistenze sono associazioni di volontariato nate a partire dal 1860 e che oggi si riconoscono nella Legge Quadro del Volontariato (Legge 266/1991).

- Bellotti, G.G., & Madera, M.R. (2008). Il burnout degli operatori geriatrici: Equilibrio e discordanza tra persona e lavoro [Geriatric professionals burnout: Balancing and mismatching between individual and work duties]. *Ricerche di Psicologia*, 1-2, 229-238.
- Carli, R. (2011). Divagazioni sull'identità [Identity digression]. *Rivista di Psicologia Clinica*, 2, 10-17. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it>
- Carli, R. (1995). Il rapporto individuo contesto [The individual-context relationship]. *Psicologia Clinica*, 2, 5-20.
- Haruf, K. (2017). *Le nostre anime di notte* [Our Souls at Night] (F. Cremonesi, Trans.). Milano: NN Editore (Original work published 2015).
- Istat (2022). *La geografia delle aree interne nel 2020: Vasti territori tra potenzialità e debolezze* [The geography of Inland Areas in 2020: Vast territories between potential and weakness]. Retrieved from <https://www.istat.it/it/archivio/273176>
- Maglie, R., Marin, C., & Grattagliano, I. (2021). Ageismo e psicologi: Breve narrative review della letteratura [Ageism and psychologists: brief narrative review of existing literature]. *Ricerche di Psicologia*, 44, 2-21. doi 0.3280/rip2021oa13312
- Marchetti, B. (2019). Quando i giochi non sono ancora fatti: La psicoterapia psicoanalitica dell'invecchiamento. In G. Castelnuovo, A. Mirarchi, & E. Molinari (Eds.), *Anziani, Famiglie e Servizi: Le buone pratiche degli psicologi in Lombardia* [Elderly, Families and Services: The good practices of psychologists in Lombardy] (pp. 54-68). Ordine degli Psicologi della Lombardia. Retrieved from <https://www.opl.it/public/files/13455-ebook-gat.pdf>
- Nicolini, C., Ambrosiano, I., Minervini, P., & Pichler, A. (2008). *Il colloquio con l'anziano: Tra psicoterapia e supervisione nelle istituzioni* [Talk to elderly people: Psychoterapy and supervision within the institutions]. Roma: Borla Editore.
- Paniccia, R.M. (2022). Editoriale: Intervenire in tempi anomici [Editorial: To intervene in anomic times]. *Quaderni di Psicologia Clinica*, 10(2), 1-5. Retrieved from <http://www.quadernidipsicologiaclinica.com>
- Possidoni, E., Ceccacci, S., Faro, D., Pirrotta, S., Russo, E., & Zorzi, M. (2019). Fare impresa in psicologia e psicoterapia: Questioni e casi a confronto [Psychological and psychotherapeutic entrepreneurship: Comparative case studies]. *Quaderni della Rivista di Psicologia Clinica*, 1, 68-75. Retrieved from <http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/quaderni>
- Puggelli, F.R., Casani, G., Zanolini, S., & Quadrio Aristarchi, A. (2004). *Anziani e reti civiche* [Elderly People and civic networks]. Milano: Franco Angeli.
- World Health Organization (2021). *Global report on ageism*. Retrieved from <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/demographic-change-and-healthy-ageing/combating-ageism/global-report-on-ageism>