

VANNA BERLINCIONI\*, FAUSTO PETRELLA\*\*

## Psicoterapia dell'anziano tra mente, cervello e forma di vita

*“Tra la nascita e la morte,  
tre su dieci sono attaccati alla vita,  
tre su dieci sono attaccati alla morte,  
tre su dieci si agitano oziosamente.  
Soltanto uno sa come morire  
continuando tuttavia a vivere”*

Lao Tsu (1998)

UN VECCHIO

*“Interno di caffè. Frastuono. A un tavolino  
siede appartato un vecchio. È tutto chino,  
con un giornale avanti a sé, nessuna compagnia.  
E pensa, nella triste vecchiezza avvilita,  
a quanto poco egli godé la vita  
quando aveva bellezza, facondia, e vigoria.  
Sa ch'è invecchiato molto: lo sente, lo vede.  
Ma il tempo ch'era giovane lo crede  
quasi ieri. Che spazio breve, che spazio breve.  
Riflette. A come la Saggezza l'ha beffato.  
Se n'era in tutto (che pazzia!) fidato:  
Domani. Hai tanto tempo – la bugiarda diceva.  
Gioie sacrificate ... ogni slancio represso ...  
Ricorda. Ogni occasione persa, adesso  
suona come uno scherno al suo senno demente..  
Fra tante riflessioni, in tutta quella pioggia  
di memorie, è stordito il vecchio. Appoggia  
il capo al tavolino del caffè ... s'addormenta”*

C. Kavafis (2004)

---

\* Vanna Berlincioni, psichiatra, ricercatore Università degli Studi di Pavia – membro ordinario della Società psicoanalitica italiana e dell'International Psychoanalytical Association.

\*\* Fausto Petrella, psichiatra, membro ordinario della Società psicoanalitica italiana con funzioni di training e dell'International Psychoanalytical Association.

Questo lavoro rappresenta l'ampliamento e la rielaborazione di precedenti lavori degli autori sullo stesso argomento.

La pratica clinica quotidiana ci mette sempre più frequentemente a contatto con un problema che caratterizza la nostra epoca: l'invecchiamento della popolazione. Il 20% della popolazione italiana supera oggi i 65 anni e la previsione è che nel 2030 salirà al 26,5%. È dunque più frequente di una volta misurarsi terapeuticamente con casi di persone già avanti negli anni, dato che l'attuale aspettativa di vita si situa intorno ai 77 anni per gli uomini e 83 anni per le donne, circa 10 anni in più di un trentennio fa. D'altra parte quando anche la nostra esistenza come terapeuti e il nostro romanzo personale avanzano nel tempo, diventa ineludibile una riflessione sulle caratteristiche della vecchiaia e sul ridursi delle possibilità operative e narrative della propria vita. I riferimenti alla vecchiaia nella letteratura psicoanalitica non sono abbondanti, mentre gli articoli sulla psicoterapia dell'anziano sono più numerosi, sebbene numericamente non paragonabili a quelli sul bambino e l'adolescente. Forse questo orientamento ha risentito sia del "pessimismo di Freud (1904) sulla possibilità di cambiamento di un soggetto con oltre 50 anni di età, a suo dire ormai definitivamente strutturato, sia sull'assioma di Abraham (1919) secondo il quale è più importante l'età della nevrosi che non quella del paziente" (Frighi, Carbone, 1986 p. 3). In tempi più recenti l'anziano può godere di una maggiore attenzione da parte della società e della medicina. Ne sono testimonianza alcuni volumi tra i quali ricordiamo: quello dello psichiatra L. Ploton *La persona anziana* del 2001 e quelli degli psicoanalisti De Masi *Il limite dell'esistenza. Un contributo psicoanalitico al problema della caducità della vita* del 2002 e D. Quinodoz, scomparsa nell'aprile scorso, *Invecchiare* del 2008.

Più probabilmente una certa negligenza sociale e culturale nei confronti dei problemi della senescenza può corrispondere a un atteggiamento difensivo degli esseri umani nei confronti dei limiti dell'esistere, come mirabilmente descrive Freud nel suo scritto sulla caducità (1915). Una collega di mezza età dichiarava apertamente la sua difficoltà di prendere in carico pazienti anziani perché spesso le rimandano un'immagine sgradevole, di inesorabile decadimento: una sorta di rispecchiamento che suscita il bisogno difensivo di negare la propria trasformazione, come accadeva a Dorian Gray atterrito dal proprio ritratto che invecchiava al posto suo. Nelle società moderne, del resto, "i segni dell'invecchiamento sono il primo bersaglio a cui mirare": restare giovani diventa un imperativo attraverso il quale si insegna al corpo a mentire a se stessi e agli altri" (Augè, 2014, p. 86). Nel caso di questa psichiatra non ci troviamo di fronte a un clinico disposto a immedesimarsi col complicato dissenso biologico, psicologico e sociale che facilmente si realizza in età senile. Quelli di Freud e Abraham erano sicuramente altri tempi, ma ora pensiamo sia difficilmente sostenibile che l'accesso alla psicoanalisi di un cinquantenne sia tempo buttato; anzi, entrambi gli autori di questo lavoro hanno

esperienza di analisi e psicoterapie condotte oltre la faticosa soglia dei 65 anni che sancirebbe l'ingresso nella terza età. Certo l'aspetto doloroso e patogeno della vecchiaia prende una consistenza grave o addirittura catastrofica quando si accompagna a malattie e alle conseguenti limitazioni e alterazioni delle funzioni che assicurano il benessere e l'autonomia: la persona anziana non dispone più, in questi casi, di quelle capacità che permettono all'Io adulto di introdurre i correttivi necessari a fronteggiare le difficoltà e ad adattarsi alle più varie occorrenze sfavorevoli. Quella dell'anziano è spesso una situazione estrema, anche se non mancano casi di "vecchiaia felice" in cui il soggetto anziano riesce a mantenere un buon adattamento e un sufficiente equilibrio anche in condizioni sociali sfavorevoli. Ma queste non sono le evenienze più frequenti. Indubbiamente gli anziani costituiscono un gruppo altamente disomogeneo e forse è più realistico e sensato affermare che, come spesso viene detto, ognuno invecchia come ha vissuto. E se una persona può riferirsi a passate esperienze positive e a un mondo interno abitato da buoni oggetti, il pensiero della vecchiaia e della propria morte potrà essere vissuto con maggiore serenità o distacco e minore angoscia. Una signora di 83 anni comunicò con calma esemplare al chirurgo che l'avrebbe operata per un cancro mammario di voler sapere la verità sulla sua malattia: "Ho vissuto una buona vita circondata dall'affetto dei miei cari. Se è giunta la mia ora affronterò anche questo momento". La signora in questione ha ora 95 anni e gode di ottima salute!

Sicuramente la società attuale, dove i vecchi sono ben presenti come consumatori, che appare sempre più affetta da un giovanilismo euforico, difficilmente riconosce ai vecchi quelle virtù che li potrebbero caratterizzare in funzione dell'età (ma non solo!) e che al contrario vengono valorizzate in altre culture: la saggezza, la conoscenza e la tutela delle tradizioni, l'equilibrio, l'esperienza e la conseguente capacità di giudizio. È comunque vero che non basta essere vecchi per diventare saggi, anzi questa affermazione rappresenta spesso un luogo comune di sapore consolatorio.

Nei confronti della senilità si possono grossolanamente individuare due posizioni di base: una pessimistica connotata da sentimenti nostalgici e dal rimpianto per ciò che si è perduto in cui si percepisce essenzialmente l'approssimarsi della morte e la sua inesorabilità. Nel migliore dei casi la vecchiaia porterebbe solo alla magra soddisfazione della sopravvivenza: senza progettualità per il futuro, ormai privati delle passioni e degli interessi che avevano animato la giovinezza, i vecchi attendono solo la morte. "È il tempo che ci uccide", dunque "siamo uccisi dal vivere" (Leavy, 2012, p. 137). D'altra parte, in una visione più ottimistica, è proprio l'avvicinarsi della morte la peculiarità della vecchiaia: ne segue che "se il bene si sta esaurendo faresti bene a

godertelo". In questa "economia della scarsità" (Leavy, p. 141) si può cercare di estrarre il massimo da ciò che ci concede il tempo, pensando che ogni epoca della vita porta in sé potenzialità uniche. In fondo "ritirarsi dall'arena competitiva in cui vive la maggioranza di noi, da quel mercato in cui prevalgono la riuscita... il bisogno di essere ammirati, di essere il Capo... consente di riappropriarsi del tempo, di coltivare il proprio giardino e di "vagare a piacere nel paesaggio della memoria" (Leavy, 2012, p. 145). Sono quei "guadagni" di questa fase della vita (elogio della lentezza, maggiore consapevolezza, valorizzazione del presente, tempo ritrovato ecc.) di cui scrive M. Piazza nel presente "Quaderno".

Nel primo libro de *La Repubblica* di Platone, Socrate conversando con Cefalo a proposito della vecchiaia, dice: *"Sì Cefalo, io godo proprio a discorrere con persone molto anziane: esse hanno già percorso una via che anche noi forse dovremo percorrere e penso perciò che di dovermi informare da loro quale sia, se aspra e difficile o facile e agevole"* (p. 37).

Cefalo, ormai sulla soglia della vecchiaia, risponde a Socrate con queste parole (pp. 37-38):

"Per Zeus! Ti dirò bene io, Socrate quale mi appare. Spesso ci riuniamo poche persone pressappoco coetanee...; e in questa riunione la maggior parte di noi si lagnano, e rimpiangono i piaceri della gioventù e richiamano alla memoria i piaceri d'amore, del bene e del mangiare, e altri ancora simili a questi. E si crucciano perché secondo loro hanno perduto grandi beni e perché allora erano felici di vivere, mentre adesso è come se non vivessero addirittura. Taluni poi si lamentano anche dei maltrattamenti che per la loro vecchiezza subiscono dai familiari e appunto per questo continuano a ricantare quanti malanni cagioni loro la vecchiaia. Ma a mio parere, Socrate, costoro non adducono il vero motivo, ché, se fosse questa la causa, mi sarei trovato anch'io in quelle medesime condizioni proprio per colpa della vecchiaia, e così pure tutti gli altri che hanno raggiunto questa mia età. Ora invece io stesso mi sono imbattuto per il passato anche in altre persone che non si trovavano in questo stato d'animo. Anzi una volta assistetti a un dialogo tra il poeta Sofocle e un tale che gli domandava: "Come ti vanno, Sofocle, le cose d'amore? Se ancora capace di rapporti intimi con una donna?". E quegli: "Zitto, amico, rispose, sono proprio contento di essermene liberato, come da un padrone rabbioso e intrattabile". Ottima mi sembrò la sua risposta, e non meno buona mi sembra anche adesso, perché nella vecchiaia simili istinti s'acquietano del tutto in una grande pace e libertà: quando le passioni cessano d'essere ardenti e si allentano, s'avvera integralmente il detto di Sofocle, è una liberazione da molti

e pazzi padroni. Però sia in queste faccende sia nelle relazioni con i familiari è una sola la causa, non la vecchiaia, Socrate, bensì il carattere degli individui. Se sono persone dabbene e si sanno accontentare, anche la vecchiaia è un peso sopportabile. In caso diverso, a un tale individuo risulta penosa, Socrate, non solo la vecchiaia, ma anche la giovinezza.

Una geriatra sulla cinquantina che aveva fatto con uno di noi in età giovanile una psicoterapia di gruppo, mi consulta dopo parecchi anni perché vorrebbe intraprendere una psicoterapia individuale. Nel consigliarle un terapeuta ella mi dice con una certa mia sorpresa: "Accetto i suoi consigli, ma pongo una sola condizione: deve essere una persona anziana". Mi spiega che con gli anziani si trova bene, riesce a essere empatica, molto più che con i suoi coetanei: li comprende, li rispetta, apprezza la loro esperienza e sapienza. Per questa paziente l'anziano compendia aspetti positivi isolati e scissi dei suoi genitori e forse dei nonni, da contrapporre alla severità paranoica della coppia genitoriale.

Vorremmo in questo scritto discutere alcuni aspetti problematici della psicopatologia senile che ci sembrano importanti sul piano metodologico e clinico. Come già accennato, vari elementi possono concorrere a creare un disinvestimento clinico e terapeutico nei confronti dell'anziano. Certamente l'angoscia suscitata dalla prossimità della morte alimenta ed esaspera angosce ontologiche presenti in ciascuno, favorendo sentimenti di impotenza e di frustrazione professionale nel medico e nel personale d'assistenza.

La psicoterapia effettuata con pazienti anziani può mobilitare reazioni emotive complesse oltre a quelle citate che nascondono anche una certa banalizzazione del problema. Il confronto con l'anziano può attivare, infatti, nel terapeuta anche sentimenti contraddittori di trionfo o di colpa per la propria giovinezza, per la maggiore aspettativa di vita e di possibilità realizzative, ormai ridotta per il paziente. L'implicita richiesta dell'anziano può essere quella di far incarnare al terapeuta, per quanto più giovane di lui, la parte di un genitore che deve nutrirlo e accudirlo con amorevolezza: in questo modo può essere favorita una regressione che infantilizza il paziente, ma che lo fa sentire sostenuto, soprattutto quando non può contare su altri appoggi emotivi. Oppure, al contrario, dato che morte e vecchiaia sono anche problemi nostri, ci potremmo aspettare inconsapevolmente di ricevere dal "vecchio, saggio, che sa dialogare con la morte" delle indicazioni su come "affrontare questo mistero", ponendoci transferalmente in una "posizione di dipendenza piuttosto che di sollecitudine e cura" (Frighi, Carbone, 1986, p. 6).

## Organogenesi vs psicogenesi

*“Lo sviluppo è da intendersi  
come un processo che dura tutta la vita...  
il risultato di una interazione  
tra l'organismo che si sviluppa,  
l'Io individuale e le sue concezioni  
dei valori in una situazione sociale specifica”*

U. Lehr (1972)

Le alterazioni psicologiche e comportamentali dell'anziano sono molto spesso ridotte alle alterazioni del cervello, facilmente documentabili in età senile. Assai di frequente si riscontra questo tipo di atteggiamento diagnostico. La correlazione compiuta con facilità e talora con leggerezza tra danno cerebrale documentato e alterazione comportamentale palese sembra essere il principale se non l'unico fattore che conferisce una specificità alla psicopatologia della vecchiaia. Un'irascibilità incontenibile, certe confabulazioni fuori posto, una sospettosità paranoica che non si era mai manifestata prima, un'insolita accensione erotica d'intensità sorprendente, o una depressione dalle molte sfaccettature, ma quasi sempre intensa e senza speranza, sono tutte ritenute espressioni subordinate all'alterazione cerebrale riscontrata, sia essa documentata o soltanto presunta.

Appiattare il quadro sintomatologico sul danno del SNC è senza dubbio un errore, ma sarebbe un errore metodologico e clinico altrettanto grave ignorare la presenza di queste alterazioni del substrato neurale, assumendo atteggiamenti psicologistici o esclusivamente intuitivi. Uno di noi ha assistito a clamorosi misconoscimenti delle alterazioni neurologiche nella valutazione di sintomi psicopatologici insorti in età senile e presenile, errori sempre dovuti o a ignoranza o a incompletezza delle indagini semeiologiche. L'autore ricorda il caso di molti anni addietro di una grave disartria scambiata per un disturbo isterico della comunicazione verbale e dovuta, invece, a una sclerosi laterale amiotrofica, o quello di un emiballismo emerso in età avanzata e scambiato per un disturbo espressivo d'origine emotiva. Mentre alla coautrice di questo lavoro è capitato di visitare una paziente anziana trattata con antidepressivi per una “depressione atipica” che era in realtà il sintomo di esordio di un misconosciuto tumore cerebrale. Lo “psicologismo sprovveduto” dell'esaminatore riscontrabile in questi casi va sicuramente sottolineato, tuttavia abbiamo osservato con maggiore frequenza le conseguenze negative della diagnosi di organogenesi per manifestazioni psicopatologiche che proprio nella popolazione senile trova false conferme e forme di legittimazione nelle indagini strumen-

tali: la documentazione, per esempio, "atrofie corticali" alle quali viene assegnato un valore etiologico esclusivo, giustifica in queste situazioni ogni sintomo psicopatologico presente nel soggetto. È come se il danno cerebrale diagnosticato o presunto calamitasse attorno a sé tutte le spiegazioni, tutti gli elementi di una comprensione che solo attraverso una più complessa valutazione si può cercare di ottenere. Soprattutto sembra che interessi soltanto arrivare a una diagnosi basata su un riscontro neuropatologico preciso, il che corrisponde alla presenza di un vero e proprio pregiudizio organicistico. Ma così si perde facilmente di vista l'insieme situazionale del paziente e la sua importante azione patogenica. È solamente considerando la forma di vita complessiva del soggetto che il sintomo psichiatrico o il comportamento abnorme acquistano il loro pieno significato disturbante o distruttivo, anche, ma non solo, in rapporto al danno funzionale prodotto da lesioni del SNC. Il medico, anziché valutare in prima istanza il peso patogenetico della situazione dell'anziano, tende a formulare un altro tipo di giudizio, che mette in primo (e spesso unico) piano il corpo malato, l'infermità fisica come tale e il correlato anatomopatologico di questa, cioè, nel nostro caso, soprattutto il cervello malato.

Una vedova vicina agli ottant'anni viene accompagnata dal figlio all'ambulatorio di psichiatria territoriale perché da qualche tempo sostiene di non reggersi più sulle gambe. Si sposta per la casa camminando a quattro zampe lamentandosi continuamente della sua grama condizione. Una precedente visita neurologica non aveva condotto a una diagnosi significativa di organicità plausibile. Dialogando con l'anziana signora si apprende che da parecchio tempo si sente priva di valore, squalificata dal figlio e dalla nuora, derisa dai nipoti, poco considerata da tutta la famiglia. "Mi trattano come un cane!" – afferma piena di sconforto. E come tale ella si comportava mimeticamente e anche provocatoriamente. Molti sintomi psicopatologici della vecchiaia, dunque, si possono produrre in funzione, anche esclusivamente, del rapporto tra il soggetto anziano e l'ambiente sociale circostante. Essi rivelano, attraverso una regressione infantile, l'aspirazione a riconquistare una dignità perduta, un potere che non si riesce più a mantenere di fronte ai familiari e al gruppo sociale. Alcune isterizzazioni senili possono essere interpretate così: ed è importante cogliere il significato comunicativo dei sintomi. "Nel gioco relazionale con i familiari l'astasia-abasia significa spesso: 'Vedete, non mi reggo. Risparmiatemi, sostenetemi'. Tutto ciò implica la speranza di poter ottenere soccorso dall'ambiente. Quando questa speranza non trova più riscontro nella realtà, allora subentrano la disperazione, l'inanizione e il marasma", come il caso di questa anziana signora mette drammaticamente in scena, nel persistere ostinato del suo bizzarro sintomo. Lo psichiatra è dunque chiamato a

identificare “questo groviglio di fattori eterogenei, personali familiari e sociali, che si intrecciano ai danni funzionali e organici, generando il disagio psichico”. In questo consiste la specificità del suo intervento (Petrella, 1984 e ripreso nel presente Quaderno”).

Nella tragedia shakespeariana *Re Lear* l'esperienza catastrofica della vecchiaia del protagonista acquista un valore universale. L'inconsapevolezza del proprio bisogno di amore e di cure da parte delle figlie, accentuato dall'insicurezza e dall'angoscia dell'invecchiamento, spinge Re Lear ad adottare una strategia che confermi il proprio potere nei loro confronti. “Il fallimento del tentativo di evitare la dipendenza attraverso un controllo onnipotente dell'oggetto, viene vissuto in termini persecutori da una personalità strutturata sulla scissione e la negazione di aspetti infantili deboli e bisognosi del sé, a favore di un regime narcisistico, in cui i legami libidici sono temuti e disprezzati: “aver bisogno umilia un re” (Berlincioni, Bezoari, 1983, p. 193).

### Comprendere una forma di vita

Abbiamo sottolineato, dunque, come la condizione senile, inclusi i danni somatici e cerebrali che l'accompagnano, alterando il rapporto Io-Corpo-Mondo, disarticola l'inserimento del soggetto entro il suo ambiente, nel suo spazio vitale. Ciò che il clinico deve verificare sono certamente lesioni e alterazioni di funzioni. Tuttavia il passo successivo deve necessariamente comportare una valutazione di come le insufficienze riscontrate compromettano i rapporti col mondo e con gli altri. Molte manifestazioni sintomatologiche, tra le quali la depressione senile, non sono l'espressione diretta di un cervello malato, né è corretto ritenerle “depressioni organiche”. La condizione di vita di un anziano non può essere in alcun modo trascurata nella valutazione clinica della sua patologia psichica e spesso ne rappresenta la ragione principale, se non la ragione sufficiente. Tutto il discorso che segue cercherà di illustrare le conseguenze cliniche di quest'assunto apparentemente ovvio.

“Condizione di vita” significa un complesso intreccio relazionale-situazionale, giocato su elementi disparati: affettivi, sociali e materiali. Gli aspetti affettivi riguardano il rapporto dell'anziano con se stesso e con gli altri. Ma interessa anche la posizione sociale dell'anziano, di quello specifico anziano che il medico ha di fronte, in un definito contesto familiare, tra figli e nipoti, amici superstiti e parenti. Mentre, quando ci riferiamo all'importanza degli aspetti materiali, intendiamo la necessità che il medico valuti in concreto e caso per caso le forme di sostentamento materiale: per esempio, da chi e come viene erogato il cibo o il denaro, quali forme di dipendenza e di autonomia sono di fatto

presenti e rispetto a chi. Un elemento di specificità della patologia in età senile consiste nel fatto che qui i bisogni sono comunque accentuati dalle insufficienze prodotte dall'età avanzata e dalle alterazioni funzionali che comporta. Un intervento di supporto psicoterapeutico comprensivo di questa condizione di fragilizzazione può rivelarsi indispensabile.

Solitamente due sono le condizioni più frequenti per cui una persona anziana chieda di effettuare una psicoterapia, sia essa individuale che di gruppo:

a) la prima, soprattutto nella nostra società in cui prestanza fisica ed efficienza sono riconosciuti come valori inalienabili, corrisponde ad una difficoltà di adattarsi a nuove condizioni di vita che il soggetto non è in grado di gestire. Una situazione di questo tipo è quella del pensionamento in cui all'individuo non è più riconosciuto il precedente ruolo sociale con il conseguente timore di perdere considerazione e rispettabilità. Come se invecchiare dovesse anche dire rinunciare al proprio potere.

Un ex dirigente aziendale col cambiamento di proprietà dell'azienda chiede un pensionamento anticipato di qualche mese nel timore di essere licenziato perché appartenente alla "vecchia guardia". Dopo questo evento, che egli considera comunque uno scacco e un deprimente epilogo della sua pur brillante carriera, è afflitto da "incubi ricorrenti" di carattere persecutorio nei quali si vede ancora al lavoro, sottoposto ad un *mobbing* serrato da parte delle "nuove leve". Questi sogni sono così disturbanti da spingerlo a chiedere un aiuto psicologico. Nella psicoterapia viene aiutato a reinvestire produttivamente le proprie risorse imprenditoriali ed economiche che lo portano a riaprire nuove attività in settori che gli erano stati cari fin dalla prima giovinezza. Essere ancora "in affari" allontana la penosa la sensazione di essere un "pensionato, un uomo ormai finito. Uno che si deve vergognare di uscir da casa in orario di lavoro, perché questo significherebbe dichiarare a tutti di essere un buonannulla...". Essere ancora attivo gli consente di scacciare i sentimenti di vuoto e di inutilità che producevano fantasie morte immamente mobilitate dalla chiusura dell'attività lavorativa. In conseguenza di un investimento fallito, si riacutizzano i sintomi depressivi e si ripresentano gli incubi. Durante le successive sedute, diventa possibile far affiorare il sentimento di colpa legato all'improvvisa morte del padre cinquantenne, avvenuta quando il paziente aveva appena 18 anni. Egli era allora la "nuova leva", animata di grande spirito d'iniziativa e vigore giovanile, che aveva rilevato l'azienda agricola paterna, mandandola avanti mentre completava gli studi liceali e universitari. Aveva pertanto fantasmaticamente "fatto fuori" il padre, conquistando un posto stabile a fianco della madre che lo sosteneva senza riserve e lo valorizzava dandogli "carta bianca". Anni dopo era toccato a lui essere "fatto fuori"

ed esautorato prima del tempo. Non è mai troppo tardi, dunque, per esplorare dimensioni inconse del soggetto, per addentrarsi nella vita onirica del paziente e per sciogliere antiche conflittualità.

b) La seconda evenienza è quella in cui il soggetto non accetta il processo d'invecchiamento in sé e non tollera il decadimento fisico, vissuto come una sorta di disfatta, di tradimento da parte del corpo. Come se invecchiare volesse dire rinunciare alla propria femminilità o alla propria vistilità.

Una bella signora che si avvicina alla sessantina, portatrice di una lussazione congenita dell'anca, viene inserita in un gruppo di psicoterapia per l'insorgenza tardiva di un disturbo da alimentazione incontrollata. Maria sente di aver perso la sua avvenenza, la bellezza che in gioventù le aveva permesso di superare il disagio della zoppia. Invecchiando, teme di aver smarrito l'arma della seduzione su cui aveva puntato in gioventù per le sue conquiste. Lontana dalla famiglia di origine, sposandosi aveva poi rinunciato al lavoro e alla maternità a causa della sterilità del marito che al presente si dimostrava poco attento a lei e scarsamente sensibile ai suoi problemi. Una suocera ormai decrepita, esigente e prepotente complicava la situazione emotiva di Maria, perennemente insoddisfatta e succube dei familiari. Nel tempo era diventata irascibile, reattiva, triste: si vedeva orribile e passava le sue giornate abbuffandosi di cibo, trascurando le faccende domestiche e i suoi interessi. Nel gruppo di psicoterapia, attraverso il rispecchiamento con le altre pazienti e un'accoglienza solidale e partecipe da parte loro, fu possibile prendere coscienza della rabbia e della perduta voglia di vivere, ma anche delle sue risorse residue. Col tempo Maria riesce a perdere peso a ritrovare la gradevolezza di un tempo, a sorridere. Intraprende alcune attività artistiche, frequenta una palestra. Nel gruppo trova quell'ascolto partecipe, sensibile e attento che forse le era mancato fin dall'infanzia. Finalmente riesce a indossare un anello regalato molti anni prima dalla suocera, un oggetto sempre rifiutato e disprezzato che era diventato il simbolo del suo risentimento e del suo rancore verso di lei.

### Il caso della depressione

Le manifestazioni depressive che si presentano per la prima volta nell'età involutiva e nella senilità son state oggetto in passato di accese controversie circa il loro inquadramento nosografico, visto che la nozione di melanconia involutiva è sparita dai manuali diagnostici.

Il criterio che suggerì a Kraepelin di fare della "melanconia involutiva" un quadro morboso distinto dalla psicosi maniaco-depressiva, alla fine del secolo scorso, fu di ordine evolutivo: la malattia insorgeva in

età avanzata (anziché in età media) ed evolveva con un unico accesso verso un profondo scadimento demenziale, a differenza della psicosi maniaco-depressiva, che aveva un'evoluzione intermittente o fasica e non peggiorativa. L'allievo Dreyfus dimostrò, invece, che, anche in un'elevata percentuale di casi di depressione a insorgenza tardiva, si assisteva a una remissione della depressione e insieme non si aveva alcuna evoluzione verso la demenza. Kraepelin fu costretto di conseguenza a ricollocare la sua melanconia involutiva nei ranghi della psicosi maniaco-depressiva nelle edizioni successive del suo trattato. Tuttavia questa valutazione ha successivamente subito delle oscillazioni, in rapporto all'affermarsi di altri criteri di unificazione, sempre dettati da un'ottica organicistica. Ereditarietà, costituzione, involuzione organica o cerebrale e nuove precisazioni sulle alterazioni organiche cerebrali sono state via via invocate: e certo si può immaginare facilmente che studi sempre più precisi stabiliscano correlazioni tra la sintomatologia e quadri bioumorali, metabolici, in riferimento alla biochimica cerebrale.

Contemporaneamente si è andata sviluppando, in gran parte autonomamente rispetto agli studi citati, una valorizzazione degli aspetti reattivi della patologia psichica degli anziani, rispetto agli eventi della vita: il pensionamento (come nel caso ricordato prima), l'attenuarsi e lo scomparire dei legami familiari, gli innumerevoli lutti che colpiscono gli anziani. Dovremmo considerare come importanti fattori patogenetici questi elementi d'ordine ambientale e personale. Una divaricazione insanabile di criteri e di valutazioni rischia così di costituirsi, con grave disturbo di un'effettiva comprensione dei quadri morbosi e dell'intervento clinico. Se infatti valutiamo il caso clinico come risultato di un danno cerebrale o come risposta a circostanze ambientali e personali si avviano interazioni fra medico e paziente completamente differenti. Anche l'insieme di giudizi clinici mobilitati è determinante proprio agli effetti della sintomatologia che il paziente presenta.

Quando dunque la diagnosi di demenza riconduce tutto ciò che si osserva a un danno cerebrale irreversibile, si inducono nel terapeuta sentimenti di impotenza verso il paziente e i suoi familiari: ogni progetto riabilitativo diventa allora molto problematico e rende attivamente, anche se inconsapevolmente, il quadro clinico irreversibile e irreparabile. Quando invece della patologia senile si valorizzano gli aspetti reattivi, il medico può conservare una speranza terapeutica, e può pensare di agire sull'ambiente familiare, sulle circostanze materiali e di vita e anche direttamente sugli atteggiamenti cognitivi ed emotivi del paziente. Questa posizione clinica, così diversa dalla precedente, produce in molti casi i suoi effetti positivi. Personalità valutate precedentemente come gravemente deteriorate, nel senso della sindrome psico-organica

della demenza e dell'involuzione, e talora in condizioni somatiche e psichiche straordinariamente precarie, si mostrano capaci di riprese sorprendenti. Questo mostra l'importanza del nostro modo di considerare la psicopatologia nel determinarne le caratteristiche, la fisionomia e l'evoluzione. Un conto è la lesione cerebrale che constatiamo, il danno operativo, prassico, locomotorio ecc. che l'anziano presenta, e un conto è il suo comportamento, il tono del suo umore e così via. Crediamo faccia parte dell'esperienza di ogni clinico la constatazione della plasticità dei sintomi presentati dall'anziano e l'importanza della valutazione del rapporto del paziente col suo ambiente come premessa di ogni atto semeiologico, diagnostico e prognostico.

### Casi clinici

Vorremmo ora riferirci brevemente ad alcuni casi clinici dove *l'oscillazione tra organogenesi e psicosociogenesi* è particolarmente evidente e si presenta in tutta la sua problematicità.

Ispirano questo discorso le esigenze di una clinica tesa a comprendere attraverso un'osservazione che associ all'obiettività dell'indagine anche l'intento di curare e aiutare il soggetto a fronteggiare la sua condizione morbosa nel gioco fra le risorse presenti e la risposta ambientale. Alla clinica compete una forma di integrazione tra criteri e modelli che a rigore non possiedono nessun ponte integrativo tra loro che non sia la pratica clinica stessa. Segue da ciò la necessità di non assolutizzare alcun modello. Troviamo qui caratteristiche oscillazioni e trasformazioni della fenomenologia clinica e della sua valutazione (Petrella, 2013, pp. 225 ss.).

### Demenza/pseudodemenza

Una prima trasformazione è quella di un quadro dall'apparenza demenziale che si rivela, in realtà, una pseudodemenza cui sono sottese angosce depressive. Un'anziana donna venne ricoverata nel nostro servizio psichiatrico ospedaliero con numerosi sintomi di scadimento demenziale della personalità: era completamente confusa, disorientata nello spazio circostante; il suo viso era inespressivo e amimico e un contatto significativo con lei appariva impossibile. L'esame neurologico, difficoltoso, metteva in evidenza qualche segno di danno cerebrale, senza che fosse possibile formulare una diagnosi localizzatoria univoca. La sua condizione appariva come stabile da parecchio tempo e non mostrava alcuna possibilità di miglioramento. Un colloquio con la nuora, presso la quale viveva, e quindi col figlio, mise in evidenza un progetto, che da tempo i due andavano segretamente meditando,

cioè la collocazione della donna in un istituto per anziani. L'ipotesi che il quadro psicopatologico presentato dalla donna avesse un significato reattivo a questo progetto inespresso si affacciò con insistenza sempre più marcata nel medico, né valse a modificarla la rassicurazione che mai nulla fosse trapelato di questa intenzione: il figlio e la nuora della paziente affermavano di non essersi mai pronunciati in questo senso di fronte alla malata. E tuttavia ella aveva compreso perfettamente, come dimostrarono i fatti successivi. Un esplicito accenno del medico alla paziente circa questa situazione taciuta, questo "non detto", ebbe l'effetto istantaneo di sbloccare la situazione clinica. La paziente iniziò a dare inattesi segni di interessamento e, nel breve volgere di qualche giorno, riprese a comunicare su di sé in modo niente affatto confuso. Un mutamento decisivo si era verificato nella sua posizione di emarginata, debole e dipendente dai familiari: una minaccia vitale, per lei particolarmente grave e radicale, aveva potuto essere detta, nello spazio neutrale dell'ospedale: qui si era verificata un'inattesa e provvidenziale possibilità di transazione, un ultimo appello le era stato concesso prima dell'estromissione. L'estromissione (o espulsione) era vissuta, ed era in effetti, come una sorta di condanna a morte, forse non solo affettiva, e il ritiro, l'isolamento e la regressione della paziente apparivano come risposte pienamente coerenti.

Bisogna riconoscere che nella pratica clinica ciò che viene chiamato "demenza" o "depressione" non è affatto facile da accertare. Non basta il riscontro di manifestazioni di deficit sul piano del comportamento, dell'intelligenza, della memoria e così via per formulare una diagnosi. Come non è sufficiente l'accertamento di lesioni cerebrali (per esempio un'atrofia della corteccia) per riferire a esse i disturbi del comportamento presenti. Tutti gli psichiatri che conoscono la psichiatria manicomiale sanno che della diagnosi di demenza è stato fatto un vero abuso. La leggerezza con cui si scorgevano sindromi demenziali in tanti vecchi era della stessa natura delle dinamiche di emarginazione sociale e familiare dell'anziano. L'etichetta di "demenza" ne costituiva l'avallo tecnico, che contribuiva a condurre il soggetto dentro il manicomio o nei ghetti delle "case di riposo". Ma soprattutto la realtà umana complessa che si riscontra praticamente in ogni caso che viene alla nostra osservazione sta decisamente stretta nelle categorie nosografiche di cui disponiamo: anche in quelle più aggiornate.

D'altro canto ogni attribuzione diagnostica non è neutrale, giacché tende a produrre attorno al soggetto al quale tale diagnosi si applica un'area di possibilità e impossibilità specifiche, una serie di giudizi prognostici che hanno effetti decisivi e spesso misconosciuti sullo stesso quadro morboso. Rendersi conto di questo non è facile, perché richiede un'attenzione specifica agli aspetti vaghi e sfuggenti dell'esperienza

del soggetto che abbiamo di fronte. Un conto è se la nostra mira semeiologica è diretta ad afferrare questi aspetti soggettivi dell'esperienza del paziente, e tutt'altro conto è se il semeiologo è rivolto ad accertare una diagnosi. La diagnosi è un sistema che segue criteri di inclusione ed esclusione di certe specificazioni: di per sé non ci dice nulla sulla genesi dei segni che vengono riscontrati, né sulla correlazione complessiva fra loro e in rapporto alle circostanze.

### La "pidocchiosa"

Ma assistiamo nella clinica anche a una trasformazione opposta alla precedente. Ciò che nell'anziano si presenta come depressione, può evolvere rapidamente in uno scadimento demenziale. Si tratta del passaggio da un tipico quadro melanconico, comparso in un'anziana donna, a un quadro di apparenze francamente demenziali dopo circa dieci giorni di degenza in reparto. La depressione all'ingresso era stata correttamente diagnosticata e non sembravano esserci dubbi in proposito. Ma nell'arco di alcuni giorni la paziente mostrò, in modo sorprendentemente rapido, tutti i requisiti della demenza. Una mattina apparve improvvisamente: *a)* incapace di rispondere a tono alle domande per un'incapacità di giudizio; *b)* smemorata al punto da non ricordare la strada per raggiungere il proprio letto; *c)* le stesse funzioni gnosiche e prassiche apparivano decisamente compromesse; *d)* tutto ciò si accompagnava a un'alterazione confusionale della coscienza, senza che tuttavia vi fosse "delirium". Poiché i vari esami clinici subito effettuati non evidenziarono alcun nuovo "fattore organico eziologicamente correlato al disturbo", questo fattore, sulla base della rapidità di instaurazione del nuovo quadro morboso, venne "presunto". I vari punti elencati erano tutti rigorosamente previsti per la diagnosi di demenza dall'allora recente DSM-III. Il manuale diagnostico statunitense considerava anche un fattore "presunzione", che scatta quando non è possibile una sicura dimostrazione di un fattore organico di valore eziologico specifico.

Casi simili non devono meravigliare, anche se frustrano i bisogni nosografici di qualcuno e mettono a soqquadro le nostre recinzioni. In realtà è a tutti noto che metamorfosi di questo tipo sono possibili, come è a tutti ben noto che i ricoveri in ospedale danneggiano bambini e vecchi perché li allontanano dai sistemi di riferimento abituali.

Tuttavia anche questa considerazione non soddisfa veramente le esigenze di una comprensione di quanto è accaduto a una simile paziente. Molto spesso il processo che conduce a una trasformazione di questo genere resta oscuro. In questo caso fu invece possibile chiarire almeno in parte le ragioni di questa improvvisa caduta della paziente dallo stato melanconico al dissesto "demenziale" della personalità. La

paziente aveva indossato una strana cuffia di plastica con la quale si aggirava nel reparto: un ornamento bizzarro, che sembrava un ulteriore segno del suo scadimento.

Le cose si chiarirono ben presto in una riunione dell'équipe medico-infermieristica. Si apprese che la cuffia le era stata messa sul capo da un'infermiera il giorno precedente, perché si era scoperto che la paziente era affetta da una pediculosi del capo. La scoperta dei pidocchi aveva gettato il panico nel servizio: tutti temevano di esserne infestati e la paziente veniva tenuta a rigorosa distanza, come un'appestata. Mentre quando era solo "melanconica" la paziente suscitava negli altri dei moti di avvicinamento, uno spontaneo accostarsi a lei per appoggiarla o consolarla, come vecchia pidocchiosa suscitava una ripulsa radicale. Lo scompenso psichico prodotto da un simile atteggiamento di rifiuto su una persona già isolata socialmente, sradicata dal suo ambiente (che la respingeva) e regredita affettivamente, appare sorprendentemente grave. Come inquadrare simili stati? Parleremo in questi casi di "pseudodemenza"? Pensiamo invece che qui si realizzi una condizione estrema, un'esperienza vitale-limite, generatasi inconsapevolmente nell'incontro tra i ridotti poteri adattativi dell'anziano, la dipendenza materiale e affettiva dagli altri che ciò comporta per i bisogni elementari, e il rifiuto radicale da parte dell'ambiente sociale. In casi simili possono essere sufficienti una presa di coscienza e una correzione attiva degli atteggiamenti da parte dei curanti per ottenere una remissione della sintomatologia. La remissione ci conferma l'origine relazionale di un simile quadro "demenziale".

Ma non necessariamente la remissione avviene. Vi sono molti casi in cui, una volta discesa la china (se ci si consente l'immagine), non è più possibile alcuna risalita, soprattutto se il soggetto non viene aiutato nel modo corretto. "Corretto" implica un'esatta comprensione dei suoi bisogni e quindi uno staff di grande qualità, capace di uno sforzo di immedesimazione estremo.

Non si può liquidare l'agitazione psicomotoria di un anziano dicendo che esso è "demente": dalle sindromi demenziali, infatti, non scaturisce di per sé agitazione alcuna. Sembra invece indispensabile riflettere sul modo abituale di accostarsi alla sintomatologia senile, estendendo anche a essa quello sforzo di modificazione dei modi tradizionali di vedere, avvenuto più facilmente per altri settori della psicopatologia: per esempio nei confronti delle manifestazioni schizofreniche.

È ancora un'opinione assai diffusa che nelle sindromi demenziali e nella psicopatologia senile si esprima con evidenza e nel modo più diretto l'alterazione cerebrale. Partendo da questo assunto, l'intervento neuropsichiatrico tende allora ad assumere una forma tipica: lo specialista si limita per lo più a stabilire un nesso tra una certa produzione

sintomatologica, assunta come espressione visibile di difettualità, e le serie di rilievi derivati dalla semeiotica neurologica.

Stabilita questa correlazione, il problema diventa più quello di definire la natura dell'alterazione del substrato neurale che quello di intendere il senso di quanto si manifesta nel comportamento e nell'esperienza del soggetto. L'insensatezza di certi comportamenti, il fatto che si producano stati confusionali, condotte iterative, e la presenza stessa di esperienze deliranti frammentarie, o di attitudini melanconiche, allorché si accompagnano a un'alterazione cerebrale documentata o presunta, sono assunti come indice di un guasto praticamente non rimediabile della macchina cerebrale. Essendo sfortunatamente le alterazioni cerebrali poco o nulla reversibili, il giudizio di "organicità" finisce col coincidere con quello di irreversibilità della sintomatologia. Giunti a questo punto, l'interesse del clinico, individuato come "organico" il quadro morboso, tende a sparire. Col che il successivo iter del paziente è fatalmente segnato.

È evidente come sia indispensabile non ridurre l'intervento clinico a un'operazione diagnostica, del resto necessaria, ma spesso troppo frettolosa, di stampo puramente medico, che risale dal sintomo all'organo malato. Quando si parla di demenza (così come quando si parla di oligofrenia) troppo spesso viene implicata in questa nozione una serie di valutazioni peggiorative e negative, che orientano in modo sfavorevole lo sguardo dell'osservatore, impedendogli di accedere al piano eminentemente relazionale delle sue operazioni di giudizio. Si manifesta, cioè, anche per le demenze la necessità di distinguere accuratamente i vari livelli sui quali si sta dirigendo lo sguardo del semeiologo clinico. Un conto è interrogarsi sullo stato del cervello del paziente e un conto è osservarne il comportamento e in base a questo tentare di costruire un'immagine di quella particolare organizzazione dell'esperienza che abbiamo di fronte: organizzazione peculiare e forse "diversa" proprio anche per via di un difettoso funzionamento cerebrale, ma nondimeno e pur sempre da rendersi accessibile attraverso un movimento partecipativo. Si richiede in tal caso che l'osservatore si rappresenti la configurazione specifica del mondo circostante per il paziente, e il compito principale dello psichiatra è proprio quello di costituire questo momento rappresentativo, conservando la consapevolezza di essere un ingrediente costituente della rappresentazione stessa.

Ciò vale in misura minore, ma talvolta decisiva, anche per l'operazione semeiologica del neurologo. Egli istituisce una situazione standardizzata entro la quale ciò che conta è dato esclusivamente dalle risposte a una serie di stimolazioni o di inviti; la presenza o l'assenza delle risposte permette di per sé l'operazione valutativa. Il piano relazionale consiste qui nell'avere un buon rapporto con il soggetto che

si ha di fronte, e serve solo nella misura in cui ciò ottiene la necessaria collaborazione. La meta, la mira effettiva di queste operazioni, è data dal cervello malato, dalla lesione da cui è affetto, che va visualizzata come tale, e dal livello di prestazione che può ancora fornire. Ma ciò su cui occorre soffermarsi e a cui anche l'esame neurologico deve forse tendere, non dovrebbe essere tanto questa meta, che ha come pietra di paragone l'efficienza e l'ordine della salute, quanto piuttosto la struttura singolare dell'esperienza che l'osservatore ha di fronte e che l'esame neurologico deve in qualche modo giustificare.

La necessaria collaborazione del paziente, per esempio, lungi dall'essere considerata semplicemente una condizione auspicabile, da porsi sullo sfondo dell'atto semeiologico e trascurabile dal momento che la si ottiene, oppure da riservarsi a uno sguardo super-specialistico e successivo, quello della fase riabilitativa, dovrebbe divenire il punto di partenza stesso dell'esame clinico e costituire il luogo principale dal quale il semeiologo attinge i referenti delle sue operazioni valutative.

La condizione psicopatologica dell'anziano significa ancora oggi troppo spesso caduta nel casuale e nell'insensato agli occhi del clinico, che perde così l'occasione di scorgere nell'attività frammentaria del "demente", nella sua passività, nelle sue attività iterative e ritmiche, il tentativo di mantenere un rapporto con un mondo oggettuale di cui non è possibile conservare la stabilità, che non è più dato di padroneggiare con una prassi orientata e con un linguaggio ordinatore efficace, entro cui non è possibile stare senza dipendere da altri, e così via.

La depressione nell'anziano e in generale la psicopatologia senile, inclusa la demenza, è innanzitutto una situazione umana, che pertanto va prospettata in termini antropologici. Solo così l'alterazione confusionale della coscienza significa disarticolazione dei rimandi pratici, sconnessione fra il polo dell'Io e il polo del mondo, entro cui si anima un dramma dei più tragici. Il nodo centrale di tale dramma è costituito da esperienze catastrofiche: gli oggetti sfuggono nell'impossibilità di denominarli e afferrarli, lo spazio si restringe nell'impossibilità di percorrerlo, la ritenzione mnestica perduta si associa all'esperienza persecutoria, come naturale riempimento di un vuoto di oggetti sempre rinnovato e che l'agitazione motoria (che non è mai "afinalistica") cerca invano di colmare.

Non dovrebbero più darsi descrizioni esteriori di questi stati, come quelle che troviamo ancora, per esempio, nel *Trattato di psichiatria* di Bleuler (1916).

Qui una malata affetta da morbo di Alzheimer viene rappresentata in una sequenza di quattro fotografie come "intenta a lavare", perché strofina le lenzuola del suo letto l'una contro l'altra, incessantemente.

Dice la didascalia che accompagna le illustrazioni: “Nonostante l’ottusità del volto, si individua che la sua attività è svolta con zelo. La paziente si abbandona senza resistere a un oscuro impulso attivistico, ma non comprende in alcun modo cosa faccia e che, in definitiva, sta solo sconvolgendo il suo letto”.

Riteniamo una simile descrizione del tutto fuorviante, ma purtroppo del tutto tipica di come si costituisce il grado zero della significazione di fronte alla condizione demenziale.

Di fronte a simili descrizioni dobbiamo dire: che senso ha favorire nell’osservatore la rappresentazione di un’attività come il lavare, che di fatto non sta realizzandosi? Viene il sospetto che chi guarda non possa scorgere quanto sta osservando, cioè un’attività confusa, e abbia bisogno di racchiuderla in qualcosa di noto, il lavare appunto, ancorché del tutto inadeguato al contesto.

Scorgervi dello zelo è poi del tutto arbitrario, tanto più se si dovrà concludere che la paziente non sa quello che fa. Certo una simile paziente sta solo sconvolgendo il suo letto, ma ciò è importante soprattutto per chi è tenuto a riordinarglielo. Per esempio il personale che la assiste.

Coloro che sono affetti da morbo di Alzheimer non necessariamente strofinano senza posa le lenzuola del proprio letto: questo comportamento non è cioè un sintomo della malattia. Inoltre, la paziente descritta da Bleuler (1916) non dovrebbe essere vista come una “lavatrice”: una simile metafora, si diceva, è del tutto fuorviante, è cioè da considerarsi una cattiva metafora. Essa può servire al massimo per instaurare un gergo sbrigativo fra il personale sanitario, per indicare la paziente con un soprannome, così come possiamo chiamare con un numero la persona che occupa un certo letto del reparto. Ma in questo modo ci si allontana dal comprendere quale contesto di esperienza può giustificare tutto quello strofinio. Se le cose stanno così, dobbiamo invece chiederci come ci si potrebbe accostare in modo più significativo a simili comportamenti apparentemente insensati. Una strada è rappresentata dalla riflessione continua sulle pratiche concrete di accudimento messe in atto nei confronti di pazienti molto regrediti da parte del personale che li assiste. Ciò si può attuare in pratica solo con il gruppo di discussione dello staff medico-infermieristico. Un esame dei modi di accudimento concreti da parte del personale assistenziale mostra che spesso gli infermieri hanno perfettamente intuito quali bisogni si celino dietro certi comportamenti indecifrabili, così come una madre “sa” a livello preriflessivo cosa il pianto del suo bambino le domanda. Se tuttavia vogliamo dare a questo sapere una formulazione, dobbiamo proseguire su una strada complementare alla precedente. Essa implica che venga compiuto uno sforzo di immedesimazione consapevole con la specifica

situazione esperienziale in gioco e con il comportamento regressivo in cui si sostanzia.

Consideriamo ora l'esempio clinico seguente.

### La "laceratrice"

Un comportamento assai caratteristico, e per fortuna di non frequente osservazione, che possono presentare persone anziane che giacciono a letto cronicamente, è il lacerare lenzuola. Uno degli autori ricorda di aver osservato a lungo una paziente "laceratrice", un'anziana donna cerebropatica e affetta da cecità. Essa costituiva un problema assistenziale di eccezionale gravità, in quanto trascorreva l'intera giornata a letto, strappando le lenzuola in sottili strisce di stoffa e mostrando in quest'impresa una determinazione e un'energia insospettabili. Dopo aver cautamente tastato il lenzuolo con le dita di entrambe le mani, questo veniva afferrato saldamente e strappato lentamente. Esauritosi il ciclo, questo ricominciava in un altro punto del lenzuolo con le stesse modalità, rigorosamente fissate. Il comportamento in questione poteva andare avanti per ore. Le infermiere non sapevano come fronteggiare la situazione. Se veniva attivamente trattenuta dall'attuare questa sua condotta, la paziente si agitava gravemente e si metteva a gridare. Se, per risparmiarla sulla biancheria, le si fornivano delle lenzuola più pesanti e non strappabili, la paziente, dopo alcuni tentativi infruttuosi, dirigeva il movimento verso la propria pelle del viso o del tronco, mettendo in atto degli stiramenti e grattamenti che le procuravano delle lesioni cutanee. Per evitare tutto questo alcune infermiere erano propense, per farla stare calma, a rifornirla continuamente di lenzuola da strappare. Per far smettere, almeno temporaneamente, una simile condotta, fu sufficiente sostituire al lenzuolo una mano: nel senso cioè di darle da toccare la mano dell'esaminatore, in certo qual modo affidandogliela. Solo in questo caso la condotta di lacerazione cessava immediatamente, per lasciare il posto a una tenera e delicata esplorazione della pelle della mano e delle dita, assai diversa dal precedente comportamento distruttivo. La condotta di lacerazione sembrava dunque prendere origine da una grave carenza di contatto interumano: la pelle era indicata come il luogo dove questo contatto era soprattutto richiesto. Il lenzuolo inerte stava dunque "al posto" della pelle e del corpo vivo di un'altra persona; al contatto che le veniva negato dagli altri e dalla sua infermità si sostituiva un moto rabbioso diretto verso un oggetto assente: il lenzuolo faceva le spese di questo movimento, che conduceva dal bisogno di contatto alla rabbia, dalla sensazione tattile del lenzuolo alla tensione tonica dei muscoli delle dita impegnate nella lacerazione. Ricorderò solo di sfuggita che questa equazione "lenzuolo

= pelle” non deve stupire: essa era stata già rilevata nella fantasia infantile da un breve e significativo scritto di un vecchio pioniere della psicoanalisi, Sándor Ferenczi (1913, p. 81), e a esso rinvio il lettore a cui sembrasse troppo strana questa identità simbolica. In questo caso si tratta di una strana “pelle istituzionale”, se ci si concede l’espressione: giacché essa non apparteneva a nessuno, ma era tuttavia divenuta l’unico punto su cui la paziente potesse tentare una presa oggettuale. Potremmo a questo punto davvero fantasticare su come e a che cosa si riduce l’esperienza del mondo nel caso di una presa deficitaria su di esso, quando la sensorialità e il linguaggio sono alterati al punto da non consentire più alcuna esperienza ordinata e consensuale. E quando si instaurano gravi equivoci fra i bisogni e le istanze che si esprimono in comportamenti del tipo “laceratrice” o “lavatrice” e il personale d’assistenza che li intende in modo inadeguato e non riesce a decodificarli correttamente. Una decodificazione inadeguata per difetto di empatia o di identificazione conduce in simili casi rapidamente il paziente a esperienze catastrofiche o cataclismatiche: il mondo divenuto frammentario resta tale o diventa sempre più caotico; l’angoscia del paziente sale parossisticamente e parallelamente all’entità della frammentazione della sua esperienza. Non esiste qui alcun mediatore che restituisca al paziente queste attività proiettive parossistiche in una forma adeguata alle sue possibilità ricettive. Dobbiamo pensare, nell’accostarci a questi stati, alle interazioni che si sviluppano fra una madre e il suo neonato; allorché una certa madre non è capace di restituire le proiezioni rabbiose e dolorose del suo bambino in una forma svirulentata, il dolore psichico sale paurosamente, generando esperienze di “terrore senza nome” (Bion, 1965) e di frammentazione. Nel caso della nostra laceratrice, tutto un mondo si anima sulla punta delle dita della paziente, nel gioco delle tensioni muscolari rabbiose, negli sfregamenti e nelle carezze tenere. Tocca ovviamente all’esaminatore riuscire a evocare questo mondo ristretto e fragile e farsene in qualche modo custode: se ciò può riuscire relativamente facile di fronte a un bambino piccolo, come insegna l’osservazione psicoanalitica del neonato, con la persona anziana si richiede un notevole ardimento e la capacità di rompere con gli schemi osservativi usuali, senza trasformare in delirio le nostre fantasie istantanee. È certo che sino a quando ci si limita a impedire l’attività laceratrice o a rinnovare meccanicamente le lenzuola, non si fa che eseguire meccanicamente e coattivamente un lavoro centrato più sul mantenimento dell’ordine del reparto, sconvolto da questa attività disordinata, che sulla comprensione del punto centrale: il lenzuolo è la pelle di un corpo istituzionale al quale la paziente si rapporta, o tenta di mettersi in contatto, inutilmente. Il corpo la rifiuta e le sfugge, e cioè la spinge a rinnovare continuamente la richiesta.

Tutto il discorso sin qui svolto testimonia della necessità di soffermarsi sui comportamenti patologici degli anziani tentando di scorgere in essi l'espressione di difese significative e di bisogni radicali promossi da una perdita o da un'alterazione del rapporto abituale con la realtà. Nella demenza la realtà diventa sempre più incerta e vaga, sino a un'incapacità completa di strutturarla. La regressione demenziale senile va allora paragonata alla situazione di inadeguatezza del tutto fisiologica dell'infanzia; rispetto alla quale le differenze sono tuttavia molte, e fra queste una in particolare va segnalata: nella condizione demenziale manca di solito la figura (materna) in grado di rispondere ai comportamenti regressivi intendendoli come richieste che esprimono bisogni vitali. L'anziano con danni cerebrali, difetti sensoriali, impotenza motoria, attitudini depressive o maniacali è quindi sovente nelle condizioni di un bambino piccolo sistematicamente frainteso e affettivamente privato, senza quel sostegno che la madre dà spontaneamente all'impotenza e all'inettitudine del suo neonato.

Gli esempi potrebbero essere moltiplicati: ma quello che occorre sottolineare è la necessità di una corretta rappresentazione dell'esperienza dell'anziano. Ciò implica avere un punto di vista su contesti rispetto ai quali il punto di vista è andato perduto. La difficoltà è non solo immaginativa, ma anche e soprattutto emotiva: è l'identificazione con questi stati che non è bene accetta. L'identificazione con il deterioramento senile espone l'osservatore a viverli nei modi più angosciosi che si possono concepire: la frammentazione dell'esperienza, il sentimento di persecuzione, la scomparsa di punti di riferimento oggettuali e la caduta in uno stato di indeterminatezza insopportabile.

Certo le lesioni cerebrali sono essenziali nel determinare queste condizioni, ma un conto è la lesione e un conto è l'esperienza che a essa si accompagna. L'esperienza rimanda al mondo e non solamente al cervello. La domanda che ci dobbiamo porre di fronte al sintomo bizzarro e incomprensibile è pur sempre: quale forma di vita lo può giustificare? a cosa si è ridotto il mondo per il paziente? Questi interrogativi hanno un carattere in certo modo preliminare e mettono in gioco la capacità dell'osservatore di porsi per un momento al posto dell'osservato. Ma proprio questo è anche temuto al massimo grado: noi non possiamo evocare impunemente un mondo puramente tattile, oppure tonico-posturale, o un mondo puramente governato dal bisogno di costituzione del mondo stesso, senza provare un sentimento di vertigine e smarrimento. Eppure si può pensare che solo una simile rappresentazione permetta un accostamento partecipativo a questi stati così remoti da quell'ordine fiducioso con cui il mondo appare alla nostra esperienza adulta e sana, cioè a una coscienza ordinaria dell'esperienza. Se vi riuscissimo, avremmo la possibilità di cogliere in gioco elementi d'ordine

puramente psicologico e si intravedrebbe anche la dinamica psicosociale di questi stati e delle manifestazioni che vi riscontriamo. Stati che sono aperti su un mondo che è anche il nostro, ma che qui viene colto con istanze differenti.

Le tesi qui espresse riprendono argomenti sostenuti quasi in questi stessi termini già molti anni fa (Petrella, 1993). Ma occorre riconoscere che non si tratta purtroppo di argomenti da ritenere invecchiati o superati, perché anche recentemente ne abbiamo riscontrata in più occasioni la piena attualità.

A riprova, ecco due esempi del tutto recenti.

### Ravel e il suo *Boléro*

Il primo riguarda i rischi d'incomprensione assoluta che sorgono quando si devono intendere dei fenomeni al bivio tra legittima manifestazione espressiva oppure risultato di automatismi direttamente causati da alterazioni neurali.

Un esempio clamoroso di fraintendimento è sostenere che Maurice Ravel fosse all'apice di una demenza quando scrisse il suo *Boléro*. Chi stabilisce questa correlazione può affermare che *Boléro* va considerata "un'opera caratterizzata dall'incessante ripetizione – decine di volte – di un'unica frase musicale, in un crescendo di volume e orchestrazione ma senza alcuno sviluppo. Sebbene ripetizioni di questo tipo fossero sempre state una componente dello stile di Ravel, nelle sue opere precedenti avevano costituito una parte integrante di strutture musicali molto più ampie, mentre nel *Boléro* – si potrebbe dire – c'è lo schema reiterato e nient'altro" (Sacks, 2007, p. 358). La letteratura neurologica sulla demenza presenile di Ravel è copiosa, per via della fama del malato. Considerare l'iterazione presente in *Boléro* come se fosse – per così dire – una sorta di clono psichico è una valutazione basata su una cattiva analogia. Essa guida il giudizio di alcuni studiosi, portandoli decisamente fuori strada e inducendoli a una sottovalutazione della funzione espressiva dell'iterazione in musica e in particolare in quella straordinaria, elaboratissima composizione che è *Boléro* di Ravel. La speranza di riuscire a localizzare nel solo cervello un fatto espressivo complesso induce potentemente a considerare *Boléro* come un effetto di un impoverimento linguistico che solo un'alterazione cerebrale potrebbe giustificare. Non sono per fortuna mancati autori che hanno confutato queste tesi, dimostrando, tra gli altri argomenti, che la malattia di Ravel inizia diversi anni dopo la composizione di *Boléro*. Troviamo qui in forma esemplare un equivoco molto diffuso, che si presenta ogni volta che si parla di "depressione organica".

## Demenza da corpi di Lewis

Un ultimo esempio riguarda un noto avvocato che uno di noi ha avuto occasione di curare negli ultimi venti anni per tre episodi depressivi, a partire dall'età di circa cinquant'anni. La cura è consistita in una psicoterapia durata ogni volta per qualche mese, associata a medicazione antidepressiva e antipsicotica. La profondità della regressione emotiva conferiva alla crisi depressiva un'apparenza simil-catatonica, ritenuta ogni volta dai familiari come espressione di una "demenza irreversibile". Ogni volta il quadro clinico si rivelava in realtà connesso a intense paure di essere rifiutato radicalmente dai familiari a causa di sue colpe e manchevolezze. Ogni volta il quadro morboso veniva a un certo punto superato, il senso di colpa si attenuava sino a sparire e il soggetto rientrava in pieno possesso delle sue notevoli facoltà intellettuali e creative, smentendo sempre il severo giudizio della moglie e di un figlio. Dopo poco tempo dall'ultimo episodio, sono venuto a sapere che l'intero quadro si era ripresentato, ma questa volta il paziente fu condotto dai familiari in un istituto neurologico dove fu diagnosticata una "demenza da corpi di Lewis". Una diagnosi del genere ha fatto sì che il paziente, come sempre totalmente passivo, venisse sottratto a qualsiasi approccio comprensivo, a causa di un giudizio sulla organicità della sua condizione morbosa, che ne ha sentenziato insieme l'irreversibilità e la morte psichica.

## Conclusioni

a) In conclusione il giudizio usuale di organicità, se impiegato per eludere una comprensione della patologia senile – spesso espressa da una depressione radicale all'insegna della perdita e della derelizione con le angosce catastrofiche ad esse correlate – mostra la presenza nell'osservatore di pregiudizi organicistici, qui tanto più tenaci in quanto realmente e facilmente sono riscontrate nell'anziano alterazioni cerebrali.

b) Nonostante i progressi delle neuroscienze, conservino un immutato valore concettuale e clinico, le radicali valutazioni antiriduzionistiche sviluppate da Erwin Straus in *Von Sinn der Sinne*, un'opera del 1935, aggiornata dall'autore nel 1955. Straus invita a una cautela e a una problematicità metodologica che per una via assai diversa troviamo espresse anche da Wittgenstein (1953) quando scrive nelle *Ricerche filosofiche*: "Il senso di incolmabilità dell'abisso tra coscienza e processo cerebrale: come mai quest'idea non rientra nelle considerazioni della vita ordinaria? L'idea di questa differenza in genere è accompagnata da un leggero capogiro, che ci prende quando eseguiamo qualche acrobazia logica".

c) È importante inserire il fenomeno della *senectus* in un processo, in un percorso di vita e non considerarlo uno stato. La vecchiaia come ogni altra crisi evolutiva attraverso cui si transita nel corso della vita, può generare risposte regressive e riattivare angosce infantili che devono essere invece individuate e affrontate con mezzi che spesso non sono solo interpretativo-relazionali, ma che devono incidere sulla situazione reale dell'anziano e sulla sua precisa comprensione. La marginalizzazione, l'esclusione possono invece indurre comportamenti gravemente regressivi e risposte psicopatologiche (sintomi ipocondriaci, reazioni depressive, atteggiamenti di chiusura e di rinuncia) che vanno trattate come tali e non imputate a un deterioramento e a danno biologico irreversibile. "La vecchiaia è ciò che capita alle persone quando diventano vecchie!", scriveva Simone de Beauvoir (1970).

d) *Senectus ipsa morbus*? Se è vero che nella società moderna si tende a medicalizzare ogni tipo di disagio, anche la vecchiaia può subire la stessa sorte. Anziché essere intesa come una fase naturale della vita con le sue difficoltà, ma anche i suoi vantaggi, essa viene considerata un fatto patologico di per sé in cui si manifestano comportamenti necessariamente disfunzionali e alterati.

e) È di assoluta importanza la valutazione della dimensione narcisistica del soggetto che può subire nella vecchiaia notevoli incrinature. Se il bambino nel suo sviluppo passa auspicabilmente da una condizione di dipendenza a una di autonomia, l'anziano può al contrario cadere in una condizione di malattia che lo porta a perdere l'autosufficienza e lo consegna alla dipendenza. Ne consegue una ferita narcisistica e l'attivarsi di sentimenti depressivi o persecutori che richiedono di essere compresi e contrastati. "Ricordo solo gli errori e le cose negative che ho commesso (diceva il paziente imprenditore citato prima) e mai quelle positive, quelle in cui mi sono distinto o sono stato apprezzato...".

f) Fa parte della nostra esperienza clinica aver verificato l'accessibilità anche del soggetto anziano alle cure psicoterapiche: chiaramente se consideriamo l'invecchiamento non come espressione di un'involuzione, ma come una fase della vita in cui situazioni di perdita e di impoverimento, mostrano un rapporto dialettico con le acquisizioni e le esperienze accumulate nel corso della vita. Un'attitudine psicoterapeutica dell'intervento medico-psicologico potrà servire ad affrontare le difficoltà di questo passaggio, a confrontarsi con la caducità umana, ad affrontare le separazioni, fino a quella estrema della morte.

g) La psicoterapia non sarà diretta semplicemente a un tentativo di restaurare aspetti deteriorati del sé per garantire una sopravvivenza ai minimi termini, ma nella migliore delle ipotesi, a promuovere una scoperta o una ripresa delle potenzialità creative del soggetto spendibili sia nelle relazioni umane che nelle attività quotidiane. Contenimento,

sostegno e difesa del paziente devono essere assunte dall'ambiente terapeutico come premessa di ogni azione assistenziale.

h) Indubbiamente il confronto con la morte che nell'anziano si approssima, può generare sentimenti di angoscia a volte sufficienti a condizionare il benessere del soggetto. Tuttavia "alimentare continuamente le ragioni della costruttività e della vitalità contro le forze dell'inerzia, del disfacimento e dell'angoscia, proiettando la potenzialità inesauribile del nostro essere in oggetti altri da noi (figli, amici, allievi, istituzioni, i nostri valori umani)" rappresenta un possibile rimedio all'inevitabile limite della nostra esistenza (De Masi, 2005 p. 6).

i) Come recitano i versi iniziali di Lao Tsu si può morire continuando tuttavia a vivere.

## Bibliografia

American Psychiatric Association (1980), *Mini DSM-III*. Masson, Milano 1984.

Augè M. (2014), *Une ethnologie de soi. Le temp sans âge*, trad. it. *Il tempo senza età*. Raffaello Cortina, Milano.

Berlincioni V., Bezoari M. (1983), *Il delirio nell'anziano*, Atti del XVII Congresso SIPM, Bari 10-11 dicembre 1983. Centro Scientifico Torinese, Torino 1986, pp. 189-196.

Bion W. R. (1965), *Trasformazioni*. Armando, Roma 1973.

Bleuler E. (1916), *Trattato di psichiatria*. Feltrinelli, Milano 1967.

De Beauvoir S. (1970), *La terza età*. Einaudi, Torino 1971.

De Masi F. (2002), *Il limite dell'esistenza. Un contributo psicoanalitico al problema della caducità della vita*. Bollati Boringhieri, Torino 2002.

De Masi F. (2005), Intervento a Trieste 11 giugno 2005: "E divento sempre più vecchio". *Realtà e prospettive dell'intervento psicologico con le persone anziane*, pp. 1-7.

Ferenczi S. (1913), *Psychoanalyse II, Symbolisme de draps*. Payot, Paris 1970.

Frighi L., Carbone P. (1986), *Psicoterapia dell'anziano*, Atti del XVII Congresso SIPM, Bari 10-11 dicembre 1983. Centro Scientifico Torinese, Torino 1986, pp. 3-13.

Kavafis C. (1961), *Poesie*. Mondadori, Milano 2004.

Lehr U. (1972), *Psicologia degli anziani*. SEI, Torino.

Lao Tsu (1998), *Tao te ching*. Mondadori, Milano.

Leavy S. A. (2012), *L'ultima parte della vita: riflessioni psicologiche sulla vecchiaia e sulla morte*. In: Ferro A. et al. (a cura di), *Americana* 2012.

*Antologia da The psychoanalytic Quarterly*. Borla, Milano 2013, pp. 135-147.

Petrella F. (1984), Destituzione sociale e depressione senile. *The Practitioner*, 74.

Petrella F. (a cura di) (1986), *Psicoterapia dell'anziano*. Centro Scientifico Torinese, Torino.

Petrella F. (1993), *Turbamenti affettivi e alterazioni dell'esperienza*. Raffaello Cortina, Milano.

Petrella F. (2013), *Ombre della sera. Psicopatologia in prossimità della notte*. In: M. Rossi Monti, N. Gosio (a cura di), *Depressione: il paradigma errante. La nuova clinica fra scienza e cultura*. Franco Angeli, Milano, pp. 219-236.

Platone (386-370 a.C.), *La Repubblica, Libro primo*, in *Opere complete*, trad. vol. 6. Laterza, Bari 1971, pp. 19-69.

Ploton L. (2001), *La persona anziana*. Raffaello Cortina, Milano 2003.

Quinodoz D. (2008), *Vieillir: une découverte*, trad. it. *Invecchiare. Una scoperta*. Borla, Roma 2009.

Sacks O. (2007), *Musicophilia*, trad. it. *Musicofilia*. Adelphi, Milano 2008.

Straus E. (1935), *Von Sinn der Sinne*, trad. fr. *Du sens des sens. Contribution à l'étude des fondements de la psychologie*. Million, Grenoble 2000.

Wittgenstein L. (1953), *Ricerche filosofiche*. Einaudi, Torino 1967.

Vanna Berlincioni  
vanna.berlincioni@unipv.it

Fausto Petrella  
fpetrella@unipv.it