

# CONTRIBUTO DEL MEDICO ALLA GESTIONE DEL DISABILE PSICHICO ANZIANO

CHIARA MAROCCO MUTTINI

*Professore Straordinario di Pedagogia  
Speciale, Facoltà di Scienze della Formazione,  
Università di Torino*

Il medico si trova oggi di fronte a nuovi problemi e mutate prospettive di tipo assistenziale e riabilitativo nei confronti del disabile, che sempre più spesso è un adulto o un anziano. Ciò che ha soprattutto modificato la percezione sociale della disabilità in età avanzata è stata la crescita esponenziale della demenza senile, legata all'invecchiamento della popolazione e sopravvivenza sempre più prolungata di "grandi vecchi". D'altra parte, una serie di situazioni come le migliorate condizioni igieniche, nutrizionali, di assistenza medica, ha significato una maggiore speranza di vita anche per i soggetti più deboli, che nel passato rischiavano la morte prematura per congiunture avverse come mancati o carenti interventi terapeutici, maltrattamenti, traumi. Il superamento del modello di assistenza nella struttura chiusa, quale era l'ospedale psichiatrico, ha accentuato la visibilità del problema, non più solo delegato ad operatori preposti, ma coinvolgente a vario titolo la rete sociale. Occorre quindi conoscere e gestire problemi per i quali gli interventi vanno costruiti su misura per i singoli casi <sup>1</sup>. Linee generali sono il rispetto per l'identità della persona <sup>2</sup> nonostante la tendenza all'appiattimento della personalità di partenza, la necessità di sviluppare programmi di intervento precoci e ininterrotti, l'integrazione di competenze pluridisciplinari per mantenere il più a lungo possibile l'indipendenza funzionale, l'equilibrio tra atteggiamenti di valorizzazione delle risorse superstiti e di protezione, da variare a mano a mano che la dipendenza o il bisogno di assistenza prevarranno. Una nuova consapevolezza della modificazione del significato di "benessere" per l'anziano disabile nel tempo dovrà orientare i contributi offerti alla persona e l'organizzazione del contesto esterno <sup>3</sup>.

Una distinzione tra handicap mentale e malattia non appare sostenibile nell'età avanzata, in quanto il concorso di fattori organici, psicologici, esperienziali risulta inestricabile nel condurre a problemi comportamentali, vissuti di sofferenza, caduta di efficienza.

Il funzionamento cognitivo risente dell'esercizio: la mancanza di afferenze sensoriali e di stimoli ambientali causa conseguenze che nell'anziano diventano ingravescenti in modo drammatico, soprattutto se si accompagnano ad un deficit precedente, o a processi degenerativi organici. I fattori esistenziali eventualmente presenti

interferiscono, peggiorandole, con le situazioni cliniche deficitarie o degenerative.

## LE SINDROMI CLINICHE DELLA DISABILITÀ IN ETÀ SENILE

La disabilità psichica in età senile può avere differenti origini: essere la conseguenza di malattie intervenute dopo che lo sviluppo psichico si è completato, a causa di fattori morbosi sopraggiunti, tali da comportare un deterioramento nel funzionamento cognitivo, fino all'esito in demenza, per cause identificabili o finora sconosciute. In altri casi si assiste all'invecchiamento di soggetti che in età evolutiva o giovanile sono stati colpiti da psicosi (schizofrenia) e che hanno subito un deterioramento dei processi di pensiero, di entità variabile da un caso all'altro, con esito in precoce e grave deficit del loro funzionamento cognitivo o difettualità più sfumata ma tuttavia presente.

Altra causa di handicap psichico è l'insufficienza mentale; in questo caso la persona non ha raggiunto un completo sviluppo cognitivo; col tempo interviene una ulteriore caduta di risorse legata all'invecchiamento del cervello.

Un indebolimento, anche se quantitativamente modesto, se si instaura su una condizione di deficit preesistente, riduce il funzionamento intellettuale in modo marcato perché le risorse per l'adattamento nei confronti dell'ambiente vanno al di sotto di quella capacità di compensazione e apprendimento necessari ad una sufficiente efficienza e qualità di vita. Invecchiando in condizioni di svantaggio e non potendo usufruire di stimoli che, viene ritenuto, sono fondamentali per invecchiare "bene" <sup>4</sup>, l'insufficiente mentale ha un decadimento più precoce ed accentuato delle prestazioni, anche se il livello raggiunto in precedenza consentiva un discreto adattamento. Quanto più alto è stato il risultato conseguito con l'educazione, maggiori sono le possibilità di mantenere l'efficienza pur se col trascorrere del tempo il rischio di regressione è elevato.

Possono sommarsi, come fattori patogeni, eventi morbosi che si sono aggiunti al deficit preesistente, come quei fattori organici implicati nella patogenesi della demenza. In particolare, viene ritenuto predisposto a una involuzione il portatore di sindrome di Down, che

sviluppa precocemente segni istologici simili a quelli della malattia di Alzheimer e un declino nelle funzioni cognitive conseguente. Questi reperti hanno fatto ipotizzare una vicinanza nella patogenesi tra le due sindromi <sup>5</sup>. Va osservato che l'educazione speciale raggiunge oggi risultati che potrebbero modificare la prognosi a distanza verso un migliore benessere.

Come è noto il quoziente intellettivo non è l'unico indice del livello di adattamento, in quanto il profilo affettivo-relazionale <sup>6</sup> è anch'esso importante per determinare il funzionamento globale di un individuo. Nel corso della vita molti sono i fattori che intervengono a migliorare, o a peggiorare, le relazioni interpersonali.

Un insieme di fattori quindi come l'invecchiamento biologico del cervello, il ridotto apporto di stimoli e quindi il calo di efficienza su capacità già limitate per incompleto sviluppo o precoce decadimento, le condizioni di scadente funzionamento sociale, interferisce sulle prestazioni tanto da rendere difficile distinguere tra deficit primari e disturbi secondari. La maggior vulnerabilità allo stress <sup>7</sup> rende l'individuo anziano facilmente preda di rallentamento ideomotorio e di umore depresso.

Soggetti deboli come i portatori di handicap di vecchia data e i disabili per patologie recenti sono da considerare particolarmente vulnerabili agli ulteriori stress che l'invecchiamento provoca nelle sue valenze psicologiche e relazionali-ambientali. La depressione causa modificazioni comportamentali come il rallentamento, la caduta motivazionale, l'isolamento, la mancanza di interesse per il mondo circostante e il vissuto soggettivo di sofferenza. Si tratta di una sindrome di grande rilevanza per la popolazione anziana, nella quale problemi concomitanti di salute fisica e difficoltà esistenziali sono frequenti e spesso multipli.

Si è parlato perciò di "pseudodemenza" <sup>8</sup> come di un quadro funzionale e pertanto ancora reversibile <sup>9</sup>: si tratta cioè di un "fatto clinico" <sup>10</sup> piuttosto che di una entità nosografica, ma può essere il precursore di un coinvolgimento organico o aggravarlo <sup>11</sup>.

## **BISOGNI E RISORSE: UN BENESSERE POSSIBILE PER IL DISABILE ANZIANO**

Oggi un numero sempre maggiore di famiglie ha l'onere di assistere i congiunti, con uno sforzo che supera spesso la disponibilità delle risorse. Anche questo è un problema nuovo, derivante non soltanto dall'invecchiamento della popolazione, ma dal diverso assetto sociale. La famiglia non più "allargata" ha meno risorse al suo interno per far fronte alle necessità di assistenza di un suo membro. Il "caregiver" è spesso solo, sovraccaricato di incombenze e fatiche (doppio lavoro, esterno e domestico), sempre più spesso egli pure non più giovane, o con problemi di salute.

Particolarmente gravosa risulta la situazione per i genitori anziani di un figlio disabile a sua volta invecchiato, che alla fatica e al peso psicologico aggiungono la preo-

cupazione crescente per quella che sarà la vita del figlio, dopo la loro morte. È una condizione dolorosa, che fa vivere la famiglia in un clima "depressivo", non idoneo a stimolare le risorse residue dello stesso disabile e nemmeno a cercare di mobilitare l'aiuto esterno <sup>12</sup>.

È stata descritta la famiglia al cui interno è presente un disabile, sia giovane sia anziano, come una famiglia "in crisi", che necessita di un cambiamento del modello di relazioni, per creare una nuova struttura più adeguata alla presente fase della vita. La trasformazione è però difficile, spesso è percepita come una minaccia, che conduce ad un irrigidimento del sistema su un tipo di organizzazione disfunzionale, priva di dinamismo, definita da Camdessus "avaria" <sup>13</sup>.

L'invecchiamento modifica l'assetto psico-fisico che il soggetto aveva nelle sue età precedenti, conduce a disabilità pronunciate persone precedentemente sane, come nella demenza, mentre attenua sintomi particolarmente gravi e invalidanti, come per esempio i sintomi produttivi e l'aggressività nella schizofrenia. Uno stesso livello deficitario di funzionamento può essere il risultato di storie cliniche ed esperienze esistenziali tra loro anche molto distanti. Benché l'età non sia un ruolo, la percezione sociale della vecchiaia è quella di una categoria accomunata proprio dal fattore età, che sembra appiattire le singole identità.

La speranza di vita oggi allungata ha come conseguenza per tutti una maggiore possibilità di divenire disabili. La diversità, anche per questo, non rappresenta più una condizione separata dalla "normalità" e comporta la necessità di un nuovo modo di considerarla.

Rispetto alla condizione precedente nella quale il fattore caratterizzante i comportamenti, e di conseguenza il ruolo sociale, risultavano essere la malattia o il deficit e la disabilità specifica che ne conseguiva, la condizione di anziano può condurre ad una relativa maggiore accettazione sociale: la differenza è meno marcata, il bisogno di accudimento è generale e rientra nella "normalità" degli anziani.

Una serie di fattori di peggioramento oggettivi della qualità di vita è percepita soggettivamente dall'anziano disabile? Mentre certi eventi sono stressanti e sfavorevoli (lutti, disabilità ingravescente, isolamento), altre modificazioni psicofisiche conducono forse a nuovi adattamenti e a creare un equilibrio individuale che va rispettato nella prospettiva del "benessere psicologico". L'autonomia diminuisce, ma diminuisce per tutti gli anziani, mentre cresce un bisogno di appoggiarsi, di disimpegnarsi <sup>14</sup> rispetto agli obblighi della vita adulta. Le limitazioni oggettive accorciano la distanza fra i soggetti già più dotati e realizzati, e quelli che hanno avuto meno risorse e fortuna. Il ripiegamento su investimenti narcisistici, funzionale come difesa rispetto al sentimento di perdita <sup>15</sup>, conferisce dei tratti regressivi, che sfumano le differenze di strutturazione di personalità già acquisite. I problemi esistenziali, riconducibili alle situazioni di perdita (di ruolo, economica, ecc.),

sono diffusi. Le modificazioni cognitive dell'anziano rendono assai più frequente il bisogno di appoggio e di assistenza nelle situazioni della vita quotidiana<sup>16</sup>, che in precedenza era proprio del vissuto dei più deboli. Nella vecchiaia la distinzione tra salute e malattia, normalità e deficit diventa sfumata e le necessità vanno uniformandosi.

Prendersi cura di un anziano vuol dire interagire rispettando i suoi tempi, percepire il suo bisogno di vicinanza e di appoggio, senza prevaricare l'autonomia residua.

Gli interventi educativi rientrano con preminenza tra i trattamenti indicati per l'anziano, ricoverato o vivente a domicilio. Una transizione graduale tra l'indipendenza e forme di convivenza assistita è consigliabile per ritardare la perdita di autonomia del demente<sup>17</sup> e conservare il livello di integrazione già conseguito nel disabile psichico. I servizi di "respite" dando una tregua alle famiglie possono essere una risorsa<sup>18</sup> e non devono necessariamente essere rivolti a gruppi di persone omogenei per bisogni assistenziali e livelli di funzionalità. Così pure la casa di riposo o la residenza sanitaria assistenziale (RSA), quando una di queste soluzioni si presenti come l'unica praticabile, può accogliere anziani con problemi clinici diversi, con qualche opportuno accorgimento organizzativo.

Va ricercato e rispettato l'equilibrio individuale e relazionale: l'anziano va "lasciato vivere"<sup>19</sup> senza che gli operatori si sostituiscano con una gestione tecnicistica che può non corrispondere ai bisogni di quell'anziano perché calibrata sui propri vissuti di operatore e non su quelli dell'altro. Ogni attore sociale deve avere la consapevolezza che la debolezza dell'altro, nel futuro, potrebbe essere la sua.

Nell'età senile la condizione anziana prevale dunque sulla tipologia clinica delle singole specifiche disabilità. L'invecchiamento comporta modificazioni fisiologiche e altre patologiche che talora si impiantano su quadri morbosi precedenti. Si rendono necessari col procedere del tempo cambiamenti della condotta terapeutica, dell'organizzazione dell'assistenza e dell'intervento educativo del soggetto, per adattarli ai bisogni che via via si presentano. I principi metodologici della presa in carico dell'anziano, sano o malato, devono tener conto oltre che delle sue caratteristiche neuropsicologiche<sup>20</sup>, della sensibilità allo stress, del riconoscimento di identità, del mantenimento di legami, della valorizzazione delle storie di vita<sup>21</sup>, tutte funzioni del benessere soggettivo e della qualità di vita.

### Bibliografia

- <sup>1</sup> Cerminara S. *Gli anni possibili nella condizione anziana*. Cosenza: Bios 1993.
- <sup>2</sup> Moser F, Pezzati R, Luban-Plozza B. *Un'età da abitare*. Torino: Bollati Boringhieri 2002.
- <sup>3</sup> Scortegagna R. *Invecchiare*. Bologna: Il Mulino 1999.
- <sup>4</sup> Cesa Bianchi M. *Giovani per sempre?* Bari: Laterza 1998.
- <sup>5</sup> St George-Hyslop PH, Tanzi RE, Polinsky RJ, Haines JL, Nee L,

Watkins PC, et al. *The genetic defect causing familial Alzheimer's disease maps on chromosome 21*. Science 1987;235:885-90.

- <sup>6</sup> Canevaro A, Balzaretto C, Rigon G. *Pedagogia speciale dell'integrazione*. Firenze: La Nuova Italia 1996.
- <sup>7</sup> Cesa Bianchi M. *Psicologia dell'invecchiamento*. La Nuova Italia 1987.
- <sup>8</sup> Kiloh LG. *Pseudo-dementia*. Acta Psych Scand 1961;37:336-51.
- <sup>9</sup> Straker M. *Demenza o depressione?* Medico e paziente 1984;10:1427-35.
- <sup>10</sup> Gala C. *Psicogeriatría*. Milano: Masson 1990.
- <sup>11</sup> Wells CE. *Pseudodementia*. Am J Psichiatria 1979;136:895-900.
- <sup>12</sup> Margari F, Susca C, Franco G, Stigliano D. *Morte e depressione nei genitori anziani dello schizofrenico*. In: Atti del II Congresso Nazionale SIPG, Trieste 1986:105-9. Idelson 1987.
- <sup>13</sup> Camdessus B. *Les crises familiales du grand age*. Paris: ESF editeur 1989 (tr. it. *I nostri genitori invecchiano. La crisi familiare della quarta età*. Milano: Cortina 1991).
- <sup>14</sup> Cumming E, Henry W. *Growing old: the process of disengagement*. Basic Books 1961.
- <sup>15</sup> Rossi R. *Edipo a Colono: equilibri psicologici e psicopatologici nella Senilità*. In: Ravizza L, a cura di. Atti del Convegno "L'uomo e la senescenza". Palladio Stampe 1983.
- <sup>16</sup> Amoretti G, Ratti MT. *Psicologia e terza età*. Roma: NIS 1994.
- <sup>17</sup> Mace LN, Rabins VV. *Demenza e malattia di Alzheimer*. Trento: Erickson 1995.
- <sup>18</sup> Folgheraiter F, Donati P. *Community care, teoria e pratica del lavoro sociale di rete*. Trento: Erickson 1991.
- <sup>19</sup> Dell'Orto Garzonio F, Taccani P. *Conoscere la vecchiaia*. Roma: NIS 1990.
- <sup>20</sup> Tatarelli R. *Il paziente anziano*. Milano: Franco Angeli 1996.
- <sup>21</sup> Taccani P, Tramma S, Barbieri Dotti A. *Gli anziani nelle strutture residenziali*. Roma: Carocci Editore 1997.

