

IL MEDICO E LA FAMIGLIA DELL'ANZIANO IN QUARTA ETÀ

Seconda parte. Il “carico emotivo”

Professione

CHIARA MAROCCO MUTTINI

Professore associato di Pedagogia Speciale, docente di Igiene Mentale, Dipartimento di Scienze dell'Educazione, Facoltà di Scienze della Formazione, Università di Torino

Il medico di un paziente in quarta età si trova spesso di fronte a richieste e sfoghi dei familiari che possono apparirgli come non pertinenti rispetto alla sua sfera di attività, ma che sono la spia di un disagio emotivo del quale egli non può non farsi carico, perché il disadattamento di un singolo membro del sistema sociale, oltre che sofferenza individuale, comporta disequilibrio nel sistema stesso.

Si parla poco del carico emotivo, oltre che economico, che i molto anziani rappresentano per le generazioni successive, come se anche solo l'ammetterlo fosse moralmente riprovevole. Le difficoltà stanno crescendo con l'aumento dei pazienti molto anziani e il medico è il primo a constatarle attraverso l'osservazione diretta del contesto e il dialogo con i familiari che trovano spesso nel medico l'unico interlocutore con cui poter esprimere un disagio che l'ambiente sociale nega o stigmatizza.

Chi, impegnato in un servizio di cura, prova disagio o sofferenza, ha bisogno di ricevere sostegno, il che significa da parte del medico non solo offrire il contributo della sua competenza scientifica, ma anche offrire comprensione e partecipazione al peso psicologico che va oltre le difficoltà concrete.

In particolare, la famiglia è in difficoltà perché il prolungamento della durata della vita ha moltiplicato le forme di disabilità fisica e psichica; gli ultra-ottantenni si trovano con frequenza nella condizione di parziale o totale non autosufficienza e di aver bisogno, in più e di più rispetto alle cure mediche, di un accudimento da parte di altri.

Il carico assistenziale è assunto dalle istituzioni nei casi di patologie conclamate (demenze, vasculopatie cerebrali ecc.) nelle forme di residenze assistenziali, ricoveri di *respite*, assistenza domiciliare integrata, ospedalizzazione a domicilio.

Esiste però una realtà di bisogni meno evidente, ma più diffusa, quella degli anziani, ancora parzialmente autosufficienti ma non efficienti, non del tutto autonomi, fragili, a rischio di scompenso del precario equilibrio basato sul mantenimento delle abitudini di vita consolidate nel tempo. Ogni famiglia si trova alle prese con la gestione di un anziano, e spesso anche più di uno, con esigenze di accudimento sempre più pressanti, e non di rado con capacità di collaborazione da parte del congiunto stesso limitate fino all'ostruzionismo. Il problema

accomuna tutte le classi sociali, ma crea inevitabilmente delle discriminazioni: la disponibilità economica da parte dell'anziano stesso o dei familiari permette soluzioni assistenziali di maggior agio, come l'impiego di badanti al domicilio, alloggi adeguati alle esigenze per comodità, spazio e prossimità di familiari.

Se il reddito non permette aiuti esterni, la famiglia, nel cui ambito un membro diventa *caregiver*, viene sconvolta nelle sue abitudini, con uno scadimento consistente della qualità di vita.

I PROBLEMI EMOTIVI

Al di là dell'impegno economico, della fatica fisica, della sottrazione di tempo, esistono problemi di carattere emotivo, che rendono gravosa la gestione dell'anziano. A difficoltà obiettive, come quelle appena elencate, vissute consapevolmente o smentite per pudore e consuetudini culturali, si aggiungono conflitti intrapsichici (Lebovici, 1971), come quello tra il Super-Io, che detta il codice morale (il dovere), e le esigenze personali. Queste non vanno intese solo come spinte delle pulsioni (inconscie) dell'Es, ma come espressioni dell'Io e del senso che ognuno ha impresso alla sua vita (Adler, 1933). La persona adulta in buona salute psichica ha trovato un proprio equilibrio e adattamento, frutto del saper sostenere l'ambivalenza che caratterizza i sentimenti.

L'accudimento dell'anziano, la responsabilità di fare delle scelte per lui, la stessa relazione con lui, mobilitano moti di ambivalenza (amore-odio, potere-inferiorità, dovere-colpa) e sconvolgono equilibri personali precedentemente raggiunti. Ciò accade in modo più acuto quando il rapporto tra anziano e *caregiver* è già stato problematico nel passato, magari in un tempo lontano. Riaffiorano ricordi di abbandono e di rifiuto, di sofferenza per l'autoritarismo e la punitività, rancori e rivendicazioni contrastanti con l'attuale fragilità dell'anziano, e proprio per questo vissuti con penoso senso di inadeguatezza nell'affrontare la realtà dell'oggi.

In altri casi l'inadeguatezza e l'autocolpevolizzazione sono fomentati da esasperati doveri di riconoscenza, nel caso di genitori che “si sono sacrificati”, che hanno patito stenti, che sono stati visti o si sono proposti in un ruolo di vittima da cui il familiare sente il dovere di riscattarli.

Constatare l'indebolimento dei genitori e l'inversione di ruolo che ne deriva è un'esperienza drammatica: spesso il genitore "invecchia male", accentuando i propri difetti e non accettando un riassetto delle relazioni con i figli. Ancor più difficile è assistere all'esordio della regressione legata a patologie fisiche e psichiche conclamate e dovervi far fronte.

L'IDENTIFICAZIONE DEL CAREGIVER NEL GENITORE

Ancora altre difficoltà profonde, inconsapevoli, possono riguardare l'identificazione del *caregiver* nel genitore, particolarmente quello dello stesso sesso; il rapporto madrefiglia è il più delicato per il coinvolgimento molto acceso e carico di ambivalenza: l'affetto impedisce all'aggressività di esprimersi, d'altra parte il timore di diventare come la madre, vedendo nel suo decadimento fisico o psichico la propria vecchiaia futura, allontana da lei; il variare della relazione col modificarsi del carattere materno verso il ritiro narcisistico spezza la sintonia precedente. Questi possono essere punti da considerare come i più delicati, difficilmente esprimibili e per lo più vissuti con inconsapevolezza che li rende pericolosi per la salute psichica anche più di una conflittualità manifesta (Naouri, 1998). L'esperienza clinica fa affermare che purtroppo sono una minoranza i casi in cui l'anziano rimane sorgente di speranza e di insegnamenti e mantiene "l'intelligenza del cuore" (Dolto, 1987) così come nell'immaginario i figli si rappresentano il genitore idealizzato, in specie la madre.

Ho cercato di esemplificare alcune situazioni che nel lavoro professionale mi sono parse come le più frequenti, o quelle alle quali ricondurre, generalizzando, le singole storie di vita individuali.

Mentre prendersi cura di bambini contiene in sé valenze piacevoli perché apre una prospettiva sul futuro che comunica senso al proprio agire, occuparsi di una persona molto anziana fa confrontare con la propria impotenza: il tempo che passa sembra vanificare gli sforzi, eventi imprevedibili si verificano in direzione di bruschi peggioramenti, mentre i miglioramenti sono di portata limitata e non durevoli. Il *caregiver* si scoraggia, tanto più quando il suo impegno lo assorbe fino al punto di risultare penalizzante per la propria vita personale. Eppure, in un circolo vizioso egli può sentirsi in dovere di raddoppiare gli sforzi, pena il senso di colpa. Camdessus (1989) descrive le crisi nelle famiglie multigenerazionali, difficili da superare perché si manifestano in strutture familiari e in rapporti cristallizzati,

basati su valori e abitudini di vita già obsoleti, dati i cambiamenti culturali accelerati.

ACCETTARE L'INVECCHIAMENTO

È verosimile che nella società odierna, che privilegia l'attività e il potere, sia ancor più difficile accettare l'invecchiamento, sia per chi lo vive in prima persona, sia per chi vi assiste. Altre crisi della vita possono significare occasione di rinnovamento, e tradursi in esperienze positive per la salute mentale; in questi casi invece la crisi non risolta può condurre all'"avaria" (Caillé, 1987) del sistema familiare che perde il controllo sulla propria storia. Riorganizzare il sistema vuol dire identificare il problema e, attraverso il suo riconoscimento, prendere decisioni, fare appello alla flessibilità e creatività, ma anche accettare aiuti esterni.

L'avaria va distinta dall'emergenza (Minuchin, Barcai, 1972), che consiste in una messa in campo straordinaria e urgente delle risorse della famiglia, che può sostenere il carico per breve periodo (per una malattia acuta, un intervento chirurgico ecc.). La gestione dell'anziano ha invece una durata non prevedibile nel tempo e richiede quindi di realizzare una modificazione degli equilibri in modo che sia sostenibile anche se deve protrarsi.

Nel passato, come si è detto, erano meno frequenti e durature le necessità di accudimento di anziani e perciò il sistema familiare le assorbiva meglio. Per motivi di ordine culturale, però, il sistema stesso tendeva a non ammettere e non portare all'esterno le eventuali difficoltà. È auspicabile un atteggiamento più realistico, che permetta di esprimere il proprio disagio e porre dei confini al coinvolgimento sia emotivo sia pratico (Taccani, 1994). È necessaria informazione per ricercare ascolto e sostegno negli operatori dei vari servizi (Fruggeri, 1997), che devono acquisire una formazione e competenza trasversale di tipo educativo per focalizzare e rispondere ai problemi in modo rinnovato.

Il benessere personale è aspirazione imprescindibile, che deve essere riconosciuta anche da chi, per vera solidarietà, oppure per senso del dovere o vocazione al sacrificio più o meno autentica, o per malintesa riconoscenza nega il peso della situazione. A lungo andare, se le persone non sono sostenute dall'esterno rischiano di esaurire le loro risorse, andare incontro a una sofferenza che ha come risultato persino di rendere meno efficaci e adeguati gli sforzi fatti.

Bibliografia a richiesta (chiara.muttini@virgilio.it)