

Decostruirsi per costruire: l'approccio cognitivo-costruttivista-relazionale alla psicoterapia con il paziente anziano

Barbara Poletti^{*/}, Laura Carelli*, Annalisa Lafronza*,
Pietra Romano**, Valentina Molteni^{***}, Carla Vandoni^{**},
Silvia Ferrero Merlino **, Rita Pezzati^{**/****}**

U.O. Neurologia e Laboratorio di Neuroscienze, "Centro Dino Ferrari" IRCCS Istituto Auxologico Italiano, Ospedale San Luca, Università degli Studi di Milano. **Centro Terapia Cognitiva di Como. * Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi onlus **** Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana (SUPSI)*

Il presente lavoro descrive il contributo dell'approccio cognitivo-costruttivista-relazionale alla psicoterapia con il paziente anziano. A partire dai presupposti di tale approccio, che vede l'individuo come un "essere incarnato" che struttura e dà senso al proprio essere nel mondo, la psicoterapia con l'anziano si costituisce come una "psicoterapia del limite", in quanto la relazione terapeutica si struttura a partire dall'accoglienza del limite fisico quale primo descrittore identitario di un corpo mutato. Tale lavoro comporta attenzioni specifiche, in particolare la considerazione di aspetti salienti quali il corpo, l'attaccamento ed il sintomo fisico, quest'ultimo quale aggancio relazionale ed elemento distintivo del Sé dell'Anziano.

Parole chiave: *psicoterapia dell'anziano, psicoterapia cognitivo-costruttivista-relazionale, psicoterapia del limite, corpo*

La psicoterapia cognitivo-costruttivista con il paziente anziano

Le persone anziane, che esperiscono dolore o sofferenza nel corso del loro processo d'invecchiamento, nel divenire continuo delle loro storie soggettive, richiedono sempre più frequentemente una psicoterapia per trovare risposta al loro malessere, alle rotture esperienziali, ed al desiderio di nuove opportunità di crescita. L'obiettivo della psicoterapia, come nelle altre età, consiste nel ridare senso a questo disagio, a volte totalmente destabilizzante: a situazioni di vita che si incontrano e si scontrano con la sofferenza dell'invecchiare, del sentirsi vecchi o del "sen-

tirsi visti” vecchi; a sofferenze psichiche recidivanti, già conosciute nel passato ma esperite nel presente con una percezione di Sé come maggiormente vulnerabili; al sentirsi “non più in grado di”; alla presenza di patologie conclamate precedentemente sperimentate o di nuova apparizione che cambiano i parametri di incontro con sé e con il mondo; ad eventi che la vita propone senza discriminazioni cronologiche (come eventi negativi legati al proprio ambiente affettivo e/o familiare e non corrispondenti ad aspettative).

Nella persona anziana questi processi di sofferenza avvengono proprio quando (per i cambiamenti cognitivi avvenuti o per la fatica del vivere in una cultura che propone regole e norme nelle quali riconoscersi appartenenti è difficile o non possibile) le risorse individuali sembrano essere meno disponibili ad offrire riletture efficaci a portare un riequilibrio di crescita nella discrepanza, come invece precedentemente sperimentato nel corso della propria esistenza. Noi terapeuti siamo costretti, ancor più che in altre situazioni, a confrontarci con un divenire che, pur nelle diversità soggettive, ci porterà ad affrontare la stessa tappa evolutiva. La relazione di cura che creiamo con i nostri pazienti “vecchi” richiede quindi un confronto franco con le nostre rappresentazioni rispetto all’invecchiare e ai temi correlati con questo andamento dell’umano. Nel percorso di psicoterapia con le persone anziane, terapeuta e paziente sono due menti e due corpi che si incontrano per co-costruire nuovi equilibri all’interno di una relazione significativa, capace di generare pensiero, narrazione e condivisione rispetto a filoni narrativi e tematiche individuali incarnate in un essere umano che sta sperando cambiamenti significativi di percezione di Sé e del mondo a partire da trasformazioni che, in tempi diversi, coinvolgeranno entrambe i partecipanti. In effetti, come ben sottolineato da Spagnoli (2002), l’anziano sofferente o felice, incarna una domanda di senso rivolta a sé stesso, al terapeuta e alla società.

L’armonizzazione delle discrepanze identitarie, fonti di disagio e sofferenza, tanto nei cicli emozione-corpo-pensiero del presente quanto in quelli del proprio passato, diventa un obiettivo significativo della psicoterapia con l’anziano, in un lavoro volto alla costruzione di un tempo spesso inesistente, incastrato tra il “non più” e il “non ancora”. Alcuni autori distinguono l’approccio psicoterapico e le mete perseguite in relazione alla fascia di età del paziente anziano coinvolto (Neugarten, 1974). Se la psicoterapia cognitivo-comportamentale con i “giovani-vecchi”¹ privilegia il lavoro sulle cognizioni nel qui ed ora, l’attività e la messa alla prova nel concreto, con i pazienti molto anziani (“vecchi-vecchi”) pone al centro del lavoro l’integrazione di passato, presente e futuro quale elemento essenziale (Bizzini, 2001).

Pertanto, con i “vecchi-vecchi” l’approccio privilegiato è quello della retrospettiva di vita, che si basa sulla rivisitazione della storia personale, in senso *strumentale* (volta a riattivare i meccanismi adattativi utilizzati per affrontare problematiche passate) o *integrativo* (volto alla ricerca di coerenza dell’intero percorso di vita). Bizzini (2001) sottolinea anche l’importanza, per la persona a fine vita, del desiderio di lasciare qualcosa di sé ai posteri, da considerarsi all’interno del percorso psicoterapeutico. Viene inoltre evidenziato dall’autore l’apporto del modello costruttivista che, rispetto all’approccio cognitivo razionalista standard, consente l’esplorazione dei significati, delle esperienze emozionali e delle modalità di relazione interpersonale all’interno della relazione sicura psicoterapica (Bizzini, 2001). Inoltre lo stesso autore promuove l’integrazione della *third wave of cognitive therapy*, con particolare riferimento alla *mindfulness* (Bizzini, Bizzini & Favre, 2009).

La premessa epistemologica del costruttivismo considera l’essere umano come co-costruttore attivo nel processo di attribuzione di significato e di riorganizzazione nella lettura di sé e di sé stesso nel mondo in cui vive. Diversi sono gli approcci che fanno riferimento a questi principi. Fra quelli maggiormente affermati troviamo la Teoria dei Costrutti di Kelly. Mahoney, Neimeyer, Guidano e Liotti sono fra i maggiori capiscuola che hanno dato un impulso innovativo

¹ La distinzione tra “giovani-vecchi” e “vecchi-vecchi” è stata operata *in primis* da Neugarten (1974).

Decostruirsi per costruire

alla psicoterapia costruttivista. La psicoterapia da loro promossa sottolinea la fondamentale centralità dell'esperienza individuale nella costruzione dei possibili significati di conoscenza e di comprensione del mondo nel quale la persona è immersa; in questo senso, la psicoterapia guida attivamente il paziente verso la comprensione del significato di quello specifico modo di porsi cognitivamente, emozionalmente e nell'agire, per accedere al cambiamento. Uno dei presupposti di questo approccio concerne l'importanza dell'essere "esseri incarnati", di avere una struttura biologica che partecipa attivamente alla costruzione della storia personale dell'essere sé stessi. La conoscenza della realtà è connessa all'esperienza personale: il vissuto del "proprio mondo" è da considerare legittimo in quanto interpretazione personale di uno dei tanti "mondi possibili". All'interno di una lettura ermeneutica del costruttivismo psicologico (che enfatizza il processo della comprensione dei significati) si può affermare che qualsiasi conoscenza consiste in «an interpretation historically founded rather than timeless, contextually verifiable rather than universally valid, and linguistically generated and socially negotiated rather than cognitively and individually produced» (Chiari & Nuzzo, 1996, p. 174; trad.it. nostra: "un'interpretazione storicamente fondata, piuttosto che a-temporale, contestualmente verificabile piuttosto che universalmente valida, generata tramite il linguaggio e negoziata socialmente, piuttosto che prodotta cognitivamente ed individualmente").

La letteratura sulla psicoterapia costruttivista con il paziente anziano offre un panorama frammentato e non particolarmente omogeneo. Una prima difficoltà risiede nel paradossale, per certi versi, maggior numero di studi concernenti pazienti con decadimento cognitivo rispetto a studi su pazienti che vivono un normale invecchiamento "fisiologico". Comunque anche sui primi si osserva un ampliamento del concetto di terapia a modelli e tecniche che ricorrono alla narrazione personale come strumento di cambiamento in modo specifico e al di fuori di una relazione co-costruita e con obiettivi condivisi (Regan & Varanelli, 2013; Bohlmeijer, Kramer, Smit, Onrust, & van Marwijk, 2009). Come sostengono Padoani e Marini (2001):

Il proliferare di tecniche che si propongono di affrontare i vari aspetti del disagio del vecchio si accompagna inevitabilmente al rischio di estendere l'etichetta di trattamento psicologico o psicoterapeutico a una serie di pratiche che, pur potenzialmente utili, possono assumere una vera pregnanza psicoterapeutica solo inserendosi, nella mente del terapeuta e del paziente, in un contesto più articolato e complesso, che è quello particolare e insostituibile di una relazione di cura temporalmente declinata. (p. 200)

Per i pazienti appartenenti alla seconda categoria la maggior parte degli studi fa riferimento alla Teoria dei Costrutti Personali di Kelly (1955).

Terapia dei costrutti personali

In questa prospettiva teorica, gli eventi di vita possono invalidare alcuni costrutti dell'individuo anziano e condurre a cambiamenti psicologici (transizioni) in quattro principali aree: somatica, relazionale, psicologica (relativa al Sé) e nel ruolo sociale. Come per tutti gli individui, anche nell'anziano la disconferma di un costrutto può generare emozioni quali ansia, rabbia, ostilità e depressione (Viney, 1993): quando frequenti, tali disconferme possono portare a una chiusura in schemi troppo rigidi o troppo lassi e quindi disadattati e non funzionali. Il benessere psico-emotivo dell'anziano viene invece promosso dalla conferma dei costrutti in ognuna delle suddette aree, ed in particolare nella dimensione relazionale. Viney è uno tra gli autori che ha contribuito in maniera preponderante all'applicazione di tale approccio alla psicoterapia con l'anziano, privilegiando l'impiego delle storie di vita e delle narrazioni personali quali utili strumenti per identificare i costrutti dei pazienti. Secondo l'autrice è possibile individuare due criteri utili per garantire un ascolto attento e terapeuticamente efficace: il criterio del soddisfaci-

mento dei bisogni e quello legato al contenuto. Nell'utilizzo terapeutico con le storie di vita la stessa Viney (1993) sottolinea come le storie debbano essere finalizzate all'integrazione di elementi separati, essere coerenti e garantire l'integrazione dei costrutti del paziente e degli eventi di vita, per favorire quanto più possibile un senso di continuità nel paziente. Vengono individuate *storie a contenuti negativi* (temi relativi ai cambiamenti occorsi nel funzionamento fisico e cognitivo, oltre a depressione, suicidio, abuso di sostanze e perdita di attività sessuale) e *storie a contenuto positivo* (il riconoscimento della propria competenza, della propria padronanza e del proprio senso dell'umorismo; la realizzazione di sé con l'autoattribuzione della capacità di crescita, il mantenimento dell'identità ed integrità della propria persona; la fede religiosa; la famiglia e le relazioni amicali quali risorse di possibile sostegno).

Fra le tecniche di base utilizzate al fine di migliorare l'ascolto del terapeuta, nonché la possibilità di individuare i contenuti "mancanti" oltre alle tematiche ricorrenti, troviamo l'autocaratterizzazione, l'allentamento, il restringimento (fra cui l'ABC), la griglia di repertorio accompagnata all'analisi dei miti e degli stereotipi.

La stessa autrice indica anche un elenco di criteri utili al terapeuta nella scelta dei pazienti anziani che potrebbero verosimilmente beneficiare della terapia costruttivista: una certa energia fisica; capacità cognitive intatte; capacità di stabilire uno stretto rapporto con il terapeuta; una capacità evidente di essere interessati ad altre persone; almeno alcune storie positive; alcune storie negative. Inoltre questi pazienti non dovrebbero essere totalmente sopraffatti da confusione, depressione ed impotenza.

Seguendo questo approccio sono identificabili tre fasi distinte nel lavoro con l'anziano: lo *story telling* (raccontare), lo *story testing* (valutare la storia) e lo *story retelling* (ri-raccontare). Rispetto all'efficacia di tale terapia con gli anziani Viney, già nel 1993, riportava un lavoro di terapia svolto su un gruppo di anziani sofferenti di depressione o di ansia. In questo studio furono indagati il benessere emotivo e l'indipendenza: rispetto al benessere emotivo, si osservarono risultati considerevolmente positivi con una riduzione delle problematiche psico-emotive; rispetto all'indipendenza, pur evidenziandosi maggiori competenze e minore impotenza a fronte del trattamento, i risultati raggiunti non risultarono mantenuti al follow-up dopo quattro mesi.

In ultima analisi, emerge come peculiare la posizione assunta dalla terapia dei costrutti personali (se confrontata con altre terapie, quali ad esempio, la terapia cognitivo-comportamentale o quella psicoanalitica) per la centralità rivestita dai significati personali del paziente nell'accedere alla propria realtà. Le emozioni diventano strumento di conoscenza. A differenza della terapia psicodinamica, incentrata sulla storia in sé stessa, i costruttivisti pongono un ascolto attento alla storia portata dal paziente non per analizzare il passato, ma per indagare come tali storie/narrazioni/racconti incidono sulle azioni attuali del paziente.

Ad oggi parlare di costruttivismo al singolare è molto teorico: qualsiasi ascolto attivo verso i cori post moderni rileva una polifonia di voci che non cantano tutte nella stessa chiave (Neimeyer, 1995). Non si può pertanto considerare il costruttivismo, come afferma Balbi (2004), quale fondamento epistemologico unitario; l'autore in una breve disamina descrive infatti i possibili elementi di differenza tra il costruttivismo e il post-razionalismo, che comunque, come scrive l'autore, appaiono accomunati dal rifiuto dell'associazionismo. Il post-razionalismo, che prende avvio con l'opera di Guidano, parte dalle seguenti premesse: gli organismi sono considerati sistemi chiusi; la conoscenza, ugualmente a Maturana, è vista come auto-organizzazione dell'esperienza immediata; la psicopatologia è concettualizzata in termini di significato personale; la strategia psicoterapeutica non è di tipo persuasivo e istruttivo (modalità terapeutica più affine al costruttivismo radicale); le emozioni come forme di conoscenza costitutive del processo stesso della coscienza, elementi imprescindibili nel lavoro psicoterapeutico. "Mentre i post-razionalisti pongono tutto l'accento nel significato emotivo dell'esperienza, i costruttivisti tendono a dare più valore (in alcuni casi in forma esclusiva) alla semantica del linguaggio" (Balbi,

2004; pp. 211-212, trad. it. 2009). Balbi (2004), riprendendo Maturana (1990), ben riassume la centralità dell'emozione per i post-razionalisti, sottolineando lo stretto legame che intercorre tra emozione-corpo-pensiero, definendo le emozioni quali dinamiche corporee.

Terapia cognitivo-costruttivista-relazionale

La psicoterapia del limite

La valorizzazione dell'unicità di ogni organizzazione identitaria che struttura e dà senso al proprio essere nel mondo, tramite l'incontro con un altro essere umano lungo tutto l'arco della vita, attraverso dinamiche di sviluppo che sono caratterizzate da cicli e spirali di esperienza, diventa ancor più preziosa nell'incontro con le persone anziane che chiedono aiuto rispetto alla sofferenza che vivono. Anche con riferimento al paziente anziano, la psicoterapia costruttivista intende l'individuo come organizzatore del proprio essere nel mondo sulla base di un modo unico e irripetibile di co-costruire senso con l'ambiente di appartenenza. A partire dalle prime modalità organizzative sensori-motorie ed affettive, lo sviluppo neuronale offre nuovi strumenti di rilettura degli avvenimenti. Viene pertanto favorito lo sviluppo di specifiche modalità di conoscenza, che a loro volta influenzano la percezione emotiva e sensoriale delle nuove realtà che si presentano. Le persone anziane possono così esperire il processo di invecchiamento con difficoltà più o meno significative nell'integrare i cambiamenti legati a questo divenire. Ciò avviene sia ad un primo livello organizzativo dell'esperienza immediata, costituita dal flusso senso-percettivo, dalle corrispondenti attivazioni emozionali e dalle rappresentazioni ideative che costituiscono la conoscenza tacita, sia a livello di conoscenza esplicita, cioè nel loro riordinamento consapevole, in funzione della propria organizzazione di significato personale che è andata strutturandosi nell'arco della vita (Guidano, 1987). Le numerose trasformazioni in atto (fisiche: il corpo che cambia; cognitive: i piccoli ma significativi cambiamenti che avvengono soprattutto a livello dell'attenzione e della memoria di lavoro; affettive: le persone significative della prima parte della vita pian piano spariscono; sociali: il contesto delle nostre società occidentali mostra regole molto strette nel mantenimento di ruoli socialmente significativi, e frequentemente le persone anziane ne vengono allontanate) possono così venire percepite in modo relativamente sereno, o molto destabilizzanti, fino a portare ad esperire rotture esperienziali, talvolta ignorate fin quando possibile, al fine di mantenere la coerenza di lettura precedentemente utilizzata. Queste percezioni di sé si esprimono attraverso il manifestarsi di emozioni che si modulano in termini di contenuti e modalità con cui vengono esperite; a livello esplicito, viene attivata una rielaborazione a partire da un nuovo significato che permette la costruzione verso un nuovo equilibrio adattativo, pur dentro un sistema di conoscenza coerente. Riorganizzare il proprio Sé diventa un passaggio fondamentale; tuttavia, esso prende un'urgenza e una stringenza maggiore rispetto ad altre fasi di vita poiché il lungo percorso dell'invecchiamento porta a confrontarsi con molte separazioni (di ruoli, persone, situazioni, definizione di sé) ed al viverle sia come perdite passive, sia come attivi lasciar andare. Tutto ciò viene presumibilmente sollecitato dal fare esperienza di limiti ineludibili quali: il corpo che cambia e diviene più fragile, e la percezione della prospettiva temporale futura che si contrae. Riorganizzare il proprio Sé equivale, quindi, alla continua introduzione delle perturbazioni succitate, evitando fratture identitarie e fronteggiando la sfida dell'integrazione dei limiti. Viene così costituita una nuova coerenza identitaria, in continuità rispetto a quella passata.

L'invecchiare può quindi rappresentare la trasformazione e l'abbandono di modelli e comportamenti che hanno contraddistinto tutto il corso della vita fino a quel momento e, nel contempo, ridefinire la specificità e l'unicità della persona che invecchia (Baltes & Reese, 1984; Cesa-

Bianchi & Albanese, 2004; Pezzati & Cristini, 2005). Sono le modalità organizzative del significato personale di conoscenza che declinano le modalità di affrontare ed integrare le difficoltà, i mutamenti esistenziali, le sofferenze e le discrepanze che in questo periodo della vita diventano più numerose e concentrate nel tempo rispetto ad altre fasi di vita (paragonabili solamente, in termini di intensità e frequenza, al periodo dell'adolescenza). La costruzione identitaria nell'individuo che invecchia (biologicamente dai 25 anni; sociologicamente in funzione dei ruoli; identitariamente in funzione della propria storia), quale processo in continuo divenire, è così costituito, come per tutto l'arco della vita, dalla dialettica che si genera tra il senso di continuità e quello dell'accadere, in un andamento nel quale la coerenza di sé garantisce la possibilità di una stabilità di riconoscimento pur nel cambiamento; tutto ciò avviene all'interno di una storia personale incarnata in costante evoluzione, in un contesto che simultaneamente muta nelle sue esigenze, nei suoi rimandi e nei suoi riconoscimenti.

La sofferenza nell'invecchiamento, pertanto, è spesso generata da questa mancata integrazione nella propria cornice identitaria delle destabilizzazioni somato-emotive sopraelencate. Tutto ciò è presente ed attuale nell'invecchiamento fisiologico e ancor più esacerbato in condizioni di malattia cronica, condizione spesso presente in vecchiaia.

Il trattamento psicoterapico della persona anziana impone però sfide e attenzioni specifiche, dovendo integrare nell'ascolto della sofferenza del paziente una serie di problematiche che vanno affrontate in modo olistico, poiché coinvolgono contemporaneamente la dimensione psicologica, quella fisica e quella relazionale. Dimensioni costitutive dell'assetto identitario che vanno incontro alle perturbazioni e ai cambiamenti del processo di invecchiamento, modulando una riorganizzazione del riconoscimento di sé e degli altri (Padoani & Marini, 2001). Knight (2004) segnala l'importanza di modificare alcuni aspetti nella psicoterapia perché gli anziani, pur non essendo fundamentalmente diversi dagli adulti, appartengono ad "un'altra cultura" di cui si deve tenere conto nel costruire l'incontro terapeutico. In questo senso, la distinzione operata da Neugarten (1974) e da Baltes e Smith (1997), tra "giovani-vecchi" e "vecchi-vecchi", oppure quella della sociologa Facchini (Facchini & Rampazi, 2006) che individua tre distinte categorie (i vecchi appartenenti alla generazione dell'incertezza materiale, i vecchi cerniera, o la nuova futura generazione di vecchi dell'incertezza identitaria riflessa)², porta a considerare l'importanza di obiettivi e stili di vita ben diversi, che il terapeuta deve imparare a far emergere e riconoscere per poter costruire una solida relazione terapeutica di fiducia, che veda il paziente anziano come attivo protagonista del suo percorso di cura (Pezziati & Cristini, 2005). È quindi necessario tenere conto di queste indicazioni e rispettare i valori, i contenuti e i processi del paziente anziano, ben diversi da quelli del terapeuta quasi sempre più giovane. Come sottolinea Bizzini (2001), le strategie che il curante utilizza nel trattamento del vecchio sono influenzate, oltre che dalla specifica formazione psicoterapeutica in questo ambito, dai modelli neurologici, psicopatologici e psicogeriatrici necessari per accompagnare il paziente in un percorso condiviso. Come ben espresso da Padoani e Marini (2001) con la psicoterapia si affronta la sfida del "rivisitare il passato e recuperare l'esperienza vissuta, per farne sintesi in vista di una crescita ulteriore" (Padoani & Marini 2001, p. 201).

² Tale distinzione individua tre generazioni: una generazione di vecchi nati prima degli anni '30 ("*generazione dell'incertezza materiale*") che si è confrontata con l'incertezza originaria derivante dall'incontrollabilità della natura e dalla precarietà delle condizioni materiali di sopravvivenza; una generazione di vecchi nati a cavallo degli anni '30 ("*generazione cerniera*") caratterizzata dall'espansione della sfera delle certezze materiali, specie per quanto riguarda la copertura rispetto all'"*incertezza originaria*" derivante dalla malattia e dalla perdita della capacità lavorativa; ed infine, la nuova "*generazione dell'incertezza identitaria riflessa*", caratterizzata da un aumento delle incertezze nella sfera privata vissute in maniera riflessa attraverso la crescente instabilità lavorativa dei figli e dalla maggior instabilità delle relazioni affettive di questi ultimi.

Decostruirsi per costruire

Fra gli aspetti salienti da tenere in considerazione nel processo psicoterapico con la persona anziana sono il corpo, l'attaccamento e l'utilizzo del sintomo fisico, all'inizio del percorso, quale aggancio relazionale ed elementi contraddistintivi del Sé dell'anziano.

Il corpo

Il corpo, che può sembrare così familiare e immutabile, è in realtà in continua trasformazione. L'invecchiamento del corpo costituisce l'elemento probabilmente più incisivo della vecchiaia per le potenziali sofferenze e le difficoltà che causa nelle sue trasformazioni e per la stringente urgenza di ridare significato alle sensazioni e percezioni da esso veicolate che possono portare a distorsioni della lettura di sé o del proprio essere nel mondo.

I cambiamenti del corpo, con tutti i correlati neurocognitivi, psicosomatici ed affettivi, costringono la persona che vive l'esperienza delle trasformazioni legate all'invecchiamento ad attivare competenze adattive che non sono più fruibili con la flessibilità precedente. La difficoltà emerge nell'includere la propria esperienza nella transizione verso un nuovo modo di conoscere e sentire, cioè interpretare e reinterpretare continuamente, gli eventi con modalità diverse da quelle più note, riconoscibili e anticipabili, attivate fino a quel momento. In un'interessante ipotesi, Nicolini (2008) indica la possibilità che la persona anziana attivi una conoscenza del mondo, e di sé nel mondo, nella quale le esperienze sensoriali ed il riscontro emotivo ad esse legato, già centrali nella costruzione di pattern di sensazione-emozione nel corso delle fasi iniziali della vita, rimettano in moto una conoscenza attraverso il corpo. Un corpo che diventa imprescindibile e che vive l'esperienza dell'insicurezza del "non più" come prima e/o il timore del "non ancora". L'insicurezza di questo corpo imprescindibile attiva timori di dipendenza fisica ed emotiva. Lo stesso corpo esperito rimanda all'importanza della presenza delle relazioni affettive nell'interazione con le figure di attaccamento. Ovviamente, l'avvertire in modo più o meno determinante il ruolo delle persone importanti della propria vita è legato allo stile di attaccamento che la persona anziana ha strutturato e sviluppato nel corso dell'esistenza.

L'attaccamento

Accanto ai tradizionali fattori che influenzano il funzionamento psichico nella vecchiaia, un ruolo significativo viene attualmente attribuito alla capacità di chiedere sostegno e vicinanza e alla conseguente sicurezza percepita. Tale tema rimanda al bisogno di sentirsi protetti nei momenti di difficoltà, di paura, tristezza e incertezza. Nelle persone anziane l'attivazione degli stili di attaccamento è particolarmente osservabile all'interno di tre principali aree: l'accettazione della malattia cronica e della cura; il lutto e la capacità di far fronte alle perdite oltre che alla propria morte; la capacità di adeguamento all'età rispetto al benessere precedentemente sperimentato; aspetti che sono centrali nell'affrontare la comprensione dello sviluppo degli stati mentali dell'attaccamento e di modalità interattive proprio nell'invecchiamento (Cicirelli, 2010). È stato rilevato che gli anziani cresciuti in famiglie rigide, poco accoglienti e poco supportive tendono a manifestare più disturbi, fisici e psichici (Patterson, Smith, Smith, Yager, & Grant, 1992), in quanto si osserva una correlazione tra le prime esperienze infantili e il benessere fisico e psichico in età senile. Le persone anziane che riferiscono cure inadeguate nell'infanzia presentano una bassa stima di sé e alti livelli di ansietà, depressione e solitudine, specie in chi ha perso il partner. Pertanto risulta cruciale conoscere le esperienze di attaccamento nella prima infanzia con i genitori, informativa delle modalità di reazione di fronte alle avversità (Anderson & Stevens, 1993). In questo senso, Murphy (1982) ha rilevato che tra la maggioranza delle persone anziane esaminate che presentavano problemi sociali, scarsa salute ed esperienze negative, solamente quelle che non avevano avuto una relazione significativa di fiducia, in vecchiaia risultava-

no vulnerabili alla depressione. L'autore evidenzia che i due terzi degli anziani privi di una relazione di fiducia non avevano sperimentato una figura di attaccamento sicura nell'infanzia. Ciò sembra sottolineare come la capacità di entrare in una relazione di intimità sia strettamente connessa alle proprie modalità di chiedere vicinanza e protezione utilizzate nel passato.

Alcuni autori (Mc Carty & Davies, 2003) affermano che le memorie di attaccamento possono rimanere silenziose durante la vita adulta ed essere riattivate nel corso della vecchiaia. Le persone che nella prima infanzia hanno sperimentato modalità di attaccamento poco funzionali a sviluppare competenze adattative, di fronte alle trasformazioni dell'invecchiamento, appaiono sia più in difficoltà nell'affrontare situazioni negative sia più vulnerabili di fronte all'infragilirsi della salute.

Il sintomo fisico e il ruolo del terapeuta nella psicoterapia con la persona anziana

Il percorso sotteso alla psicoterapia costruttivista relazionale è storico e centrato sulla processo e sullo sviluppo; esso considera centrale il vissuto emozionale inteso come modo primario di conoscenza. I sintomi evidenziano i tentativi infruttuosi di cambiamento verso nuovi equilibri. Nello specifico però la persona anziana tende, molto frequentemente, a portare nelle prime sedute i suoi sintomi fisici. Si possono individuare tre aspetti del percorso psicoterapico che si intrecciano in funzione della crescente conoscenza di sé che il paziente sviluppa: la ricontestualizzazione dei sintomi fisici, la storia di sviluppo e la declinazione del nuovo riordino del flusso senso-percettivo legato ai cambiamenti dell'invecchiamento, e delle corrispondenti attivazioni emozionali e rappresentazioni ideative nel costituire una nuova conoscenza esplicita che integri i nuovi limiti.

Diversamente che con una persona adulta, i sintomi portati inizialmente in seduta, frequentemente di ordine fisiologico, diventano una prima possibilità di essere visto e riconosciuto come individuo olistico, incarnato in un corpo e nella propria storia e non solamente il risultato di quello che non può più essere. L'accoglienza della totalità dell'anziano inizia fin dal primo incontro, nel quale egli ripropone la sua circolarità abituale di percepirsi e presentarsi come fragilizzato nel corpo, e quindi socialmente e affettivamente accettabile in quanto vecchio. Questo ascolto attivo della sintomatologia proposta prevede un riordino a partire dall'auto-osservazione e dalla condivisione nella quale il terapeuta perturba questa lettura, accompagnando il paziente a ridefinirne il significato e ricontestualizzarlo alle sue situazioni di vita, allargando via via le possibilità esplorative di sé del paziente.

Il ruolo del sintomo fisico, nell'aggancio relazionale con il paziente anziano, risulta quindi centrale per sviluppare la possibilità di guardare questo corpo fragilizzato, non come staticamente ed impotentemente dato, ma come punto di inizio per una nuova rappresentazione in divenire che dal sintomo-corpo si allarga alla persona che invecchia.

L'ascolto attivo della sintomatologia permette un'esplorazione condivisa paziente-terapeuta nella quale la reciprocità interindividuale risulta essere elemento ordinatore dello sviluppo organizzativo (Spagnoli, 2002). Questo processo viene garantito dalla sintonizzazione dello "sguardo" benevolo condiviso; risulta così possibile al paziente accedere all'intimità di un corpo che, attraverso la narrazione, pone le basi per una cooperazione nel qui ed ora. In tale attualizzazione, il racconto di sé incarnato non è confrontato direttamente con l'agire, ma può essere raccontato in quanto liberato dal "fare". Questo riconoscimento allarga il limite dell'esperienza fisica, rendendola riconoscibile a partire da un'articolazione di significato più flessibile e da un ampliamento dei gradi di libertà. Il contesto di terapia risulta quindi un luogo dove diventa possibile confrontarsi con il "limite", proprio perché non esperito in diretta come contrariamente avviene nel quotidiano. Tale riordino avviene nell'accoglienza dello spazio terapeutico e, al di fuori dei

Decostruirsi per costruire

vincoli della concretezza; è reso possibile all'interno di quello spazio compreso tra la percezione di sé nel qui ed ora, nel "momento vecchiaia", e la possibilità di immaginare un diverso modo di porsi e presentarsi al mondo e a sé stesso.

Il fare e il non riconoscersi identitariamente nel risultato insoddisfacente rispetto al Sé del passato viene frequentemente riconosciuto attraverso il presentarsi di temi di inutilità. Tali temi vengono affrontati dalle persone anziane in funzione del loro stile organizzativo di personalità che potrà condurli ad evitare attivamente, e talvolta in maniera ipertrofica, qualunque tema di inutilità, dando a luogo a vecchie frenetiche, ove il fare o continuare a fare ha la valenza di rassicurare circa il fatto che nulla sia cambiato o stia cambiando. Alternativamente, i molteplici cambiamenti caratterizzanti la vecchiaia, potranno essere vissuti come un dato ineluttabile che condurrà la persona anziana a ritirarsi sempre più in un'esistenza non proattivamente esplorativa di questa tappa di vita. Tra questi estremi di negazione ed adesione al vissuto di impotenza si collocano i variegati e molteplici modi di indossare la vecchiaia.

Nello spazio co-costruito psicoterapico si esplorano, quindi, le potenzialità di sviluppo/involuzione delle proprie competenze fino ad allora conosciute, supportati da una relazione rassicurante, non giudicante e soprattutto non esigente in termini di performance o risultati da conseguire. Tale clima non esigente permette alla persona anziana di emergere in una presentazione e rappresentazione di sé che percorre una strada volta all'integrazione di un possibile, quindi pensabile, nuovo modo di essere vecchio. Questo iniziale possibile, reso pensabile nel contesto protetto della terapia, viene esplorato nelle differenti declinazioni del Sé della persona anziana arrivando nel tempo ad acquisire una dimensione di concretezza reificata in termini di identità, non solo come identità possibile ma reale.

La decostruzione e lo smantellamento che l'unità soma-psiche è costretta ad affrontare nel processo di invecchiamento toccando la dimensione del limite, sia esso pensato come affrontabile o non affrontabile, integrabile o non integrabile, trova riorganizzazioni possibili in terapia. Tale processo necessita, per completarsi e divenire nuovo punto generativo di evoluzione, un riordino anche del passato. Solo l'elaborazione di ricordi che si interfacciano tra di loro e che, interfacciandosi, si integrano diventando un tutto, permette di raggiungere una coerenza interna degli eventi significativi di vita.

Svincolarsi dalla realtà nel setting terapeutico, decostruisce un modo di fare e pensarsi che si era consolidato nell'età adulta e permette di cercare la risposta più adeguata alle istanze soggettive ed "oggettive" di quella tappa di vita. La decostruzione riapre, dunque, l'orizzonte di ripensarsi in modo nuovo. Questo corpo che non funziona più fino in fondo, questa mente che potrebbe abbandonarci, destabilizzando gli equilibri precedentemente raggiunti, permette una nuova esplorazione di sé, inclusiva dell'intera esistenza; viene così ridimensionato il vissuto di perdita, presente nell'attualità, e ridato valore alle esperienze del passato, ricongiungendo discrepanze emotive ed identitarie ancora aperte.

Riaprire un divenire possibile, quindi, è il risultato di un'integrazione di alcune parti fondamentali che caratterizzano il processo dell'invecchiamento. Costruirsi in questo momento, attraverso la psicoterapia, aiuta la riorganizzazione del presente e della storia passata, dei passaggi di vita a diversi livelli di consapevolezza, in ogni individuo con i livelli di consapevolezza che gli sono propri e possibili. Il costruirsi è rappresentato dal riprendere i fili dell'insieme che danno una diversa gravidanza al presente. Non si tratta, quindi, di un mero ripercorrere anagrafico-storico ma di un rielaborare i significati e le emozioni connesse agli eventi di vita, introducendo la possibilità di lasciare andare i singoli momenti per raggiungere un nuovo senso più inclusivo di significati diversi: un'apertura generativa che riattiva la persona anziana rimettendola in gioco su tutti i piani dell'esistenza, con una integrazione non più conflittuale dei limiti attuali.

Lavorare con le persone anziane permette per eccellenza al terapeuta l'imparare a stare, il non agire pensando, ma stare nei limiti e nei tempi di un'altra persona di un'altra generazione.

Ciò implica da parte del terapeuta una buona conoscenza dei processi olistici dell'invecchiamento, e l'aver esplorato i propri significati ad essi correlati al fine di evitare la possibile sovrapposizione a quelli del paziente (Pezzati, 2006).

Conclusioni

La psicoterapia costruttivista relazionale con l'anziano potrebbe definirsi, quindi, come la "psicoterapia del limite" in quanto la relazione terapeutica si struttura a partire dall'accoglienza del limite fisico quale primo descrittore identitario di un corpo mutato che porta sé stesso per essere letto nelle pieghe della sua esistenza.

La Psicoterapia del Limite ha lo scopo di far acquisire al paziente la consapevolezza delle potenzialità del presente in una situazione protetta: si metacomunica sul limite senza doverlo esperire in diretta. Questo limite affrontato crea così uno spazio di riorganizzazione nel quale i diversi Sé situati non restano bloccati dalla destabilizzazione provocata dall'esperienza del limite che l'invecchiamento porta, non impedendo così un riconoscimento a livello del Sé riflesso (Bara, 1996).

Il percorso psicoterapico, quindi, accompagna il paziente in una decostruzione della vecchia conoscenza di sé, con l'obiettivo di costruirne una nuova, integrata, armonica ed inclusiva anche dei nuovi limiti.

Riferimenti bibliografici

- Anderson, S., & Stevens, N. (1993). Association between early experiences with parents and well-being in old age. *Journal of Gerontology*, 48, 109-116. DOI: 10.1093/geronj/48.3.P109.
- Balbi, J. (2004). *La mente narrativa. Hacia una concepción posracionalista de la identidad personal*. Buenos Aires: Paidós. (trad. it. *La mente narrativa. Verso una concezione post-racionalista dell'identità personale*. Milano: Franco Angeli, 2009)
- Baltes, P. B., & Reese, H. W. (1984). The life-span perspective in developmental psychology. In M. H. Bornstein, & M. E. Lamb (Eds.), *Developmental psychology: An advanced textbook*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (1997). A systemic-wholistic view of psychological functioning in very old age: Introduction to a collection of articles from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 12, 395-409. DOI: 10.1037/0882-7974.12.3.395.
- Bara, B. G. (1996). Il terapeuta cognitivo. In B. G. Bara (a cura di), *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bizzini, L. (2001). Psicoterapia cognitivo-comportamentale. In P. Scocco, D. De Leo & L. Pavan (a cura di), *Manuale di psicoterapia dell'anziano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Bizzini, L., Bizzini, V., & Favre, C. (2009). *Curare la depressione negli anziani. Manuale di terapia cognitiva di gruppo*. Milano: Franco Angeli.
- Bohlmeijer, E. T., Kramer, J., Smit, F., Onrust, S., & van Marwijk, H. (2009). The effects of integrative reminiscence on depressive symptomatology and mastery of older adults. *Community Mental Health*, 45, 476-484. DOI: 10.1007/s10597-009-9246-z.
- Cesa-Bianchi, M., & Albanese, O. (2004). *Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita*. Milano: Unicopli.

- Chiari, G., & Nuzzo, M. L. (1996). Psychological constructivisms: A metatheoretical differentiation. *Journal of Constructivist Psychology, 9*, 163-184. DOI: 10.1080/10720539608404663.
- Cicirelli, V. G. (2010). Attachment relationships in old age. *Journal of Social and Personal Relationships, 27*, 191-199. DOI: 10.1177/0265407509360984.
- Facchini, C., & Rampazi, M., (2006). Generazioni anziane tra vecchie e nuove incertezze. *Rassegna Italiana di Sociologia, 1*, 61-90. DOI: 10.1423/21759.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the Self: A developmental approach to psychopathology and therapy*. New York: Guilford. (trad. it. *La complessità del Sé. Un approccio sistemico-processuale alla psicopatologia e alla terapia cognitiva*. Torino: Bollati Boringhieri, 1988)
- Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs (Vols. 2)*. New York: Norton. (trad. it. parz. *La psicologia dei costrutti personali. Teoria e personalità*. Milano: Cortina, 2004)
- Knight, B. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd ed). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Maturana, H. R. (1990). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago del Cile: Hachette.
- McCarthy, G., & Davies, S. (2003). Some implications of attachment theory for understanding psychological functioning in old age: An illustration from the long-term psychological effects of world war two. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 10*, 144-155. DOI: 10.1002/cpp.365.
- Murphy, E. (1982). Social origins of depression in old age. *British Journal of Psychiatry, 141*, 135-142. DOI: 10.1192/bjp.141.2.135.
- Neimeyer, R. A. (1995). Psicoterapias constructivistas: características, bases y direcciones futuras. In R. Neimeyer & J. Mahoney (Eds.), *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Neugarten, B. L. (1974). Age groups in American society and the rise of the young-old. *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences, 415*, 187-198. DOI: 10.1177/000271627441500114.
- Nicolini, C. (2008). Invecchiamento e psicoanalisi. In C. Nicolini, I. Ambrosiano, P. Minervini & A. Pichler (a cura di), *Il colloquio con l'anziano*. Roma: Borla.
- Padoani, W., & Marini, M. (2001). Altre tecniche e approcci psicoterapeutici. In P. Scocco, D. De Leo & L. Pavan (a cura di), *Manuale di psicoterapia dell'anziano*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Patterson, T. L., Smith, L. W., Smith, T. L., Yager, J., & Grant, I. (1992). Symptoms of illness in late adulthood are related to childhood social deprivation and misfortune in men but not women. *Journal of Behavioural Medicine, 15*, 113-125. DOI: 10.1007/BF00848320.
- Pezzati, R. (2006). Psicoterapia dell'invecchiamento. In B. G. Bara (a cura di), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva. Vol. III*. (pp. 166-206). Torino: Bollati Boringhieri.
- Pezzati, R., & Cristini, C. (2005). La psicoterapia cognitivo-comportamentale nell'anziano. In C. Cristini, R. Rizzi & S. Zago (a cura di), *La vecchiaia fra salute e malattia*. Bologna: Pendragon.
- Regan, B., & Varanelli, L. (2013). Adjustment, depression, and anxiety in mild cognitive impairment and early dementia: A systematic review of psychological intervention studies. *International Psychogeriatrics, 25*, 1963-1984. DOI: 10.1017/s104161021300152x.
- Spagnoli, A. (2002). Quando la stanza invecchia. Il paziente anziano, il medico junghiano, la stanza delle analisi e le altre stanze. In M. I. Wuehl (a cura di), *Nella stanza dell'analista junghiano*. Milano: Vivarium.
- Viney, L. L. (1993). *L'uso delle storie di vita nel lavoro con l'anziano. Tecnica di terapia dei costrutti*. Trento: Centro Studi Erickson.

Gli Autori

Barbara Poletti è psicologa-psicoterapeuta. Dottore di Ricerca in Fisiologia e Fisiopatologia dell'Invecchiamento. Coordinatore del Servizio di Neuropsicologia e Psicologia Clinica presso l'U.O. di Neurologia e Stroke Unit dell'IRCCS Istituto Auxologico Italiano. Professore a contratto di Psicologia Generale e Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi di Milano. Didatta SITCC.

Email: poletti.barbara@gmail.com



Laura Carelli è psicologa-psicoterapeuta ad orientamento cognitivo-neuropsicologico. Dottore di Ricerca in Psicologia Clinica presso l'Università degli Studi di Bergamo. Consulente presso il Servizio di Neuropsicologia e Psicologia Clinica, U.O. di Neurologia e Stroke Unit dell'IRCCS Istituto Auxologico Italiano, e presso il Centro Medico Santagostino di Milano.

Email: l.carelli@auxologico.it



Annalisa Lafronza è psicologa-psicoterapeuta ad orientamento cognitivo-costruttivista. Consulente presso il Servizio di Neuropsicologia e Psicologia Clinica, U.O. di Neurologia e Stroke Unit dell'IRCCS Istituto Auxologico Italiano. Culture della Materia in Psicologia Clinica presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano.

Email: annalisa.lafronza@gmail.com



Pietra M. Romano è psicologa clinica e psicoterapeuta. Dottore di Ricerca in Neuroscienze. È autrice di numerosi articoli pubblicati su riviste nazionali e internazionali. Ha maturato un'esperienza clinica ospedaliera ventennale. Attualmente esercita come terapeuta privata a Milano ed è Consulente presso l'Ospedale San Raffaele Turro.

Email: pietramromano@gmail.com



Valentina Molteni è psicologa-psicoterapeuta ad orientamento cognitivo-costruttivista. Consulente presso Istituti Riuniti Airoldi e Muzzi onlus di Lecco e in Case per Anziani nel Canton Ticino. Collaboratrice indipendente SUPSI (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana).

Email: info@valentinamolteni.it



Decostruirsi per costruire

Carla Vandoni è psicologa-psicoterapeuta, specialista in psicoterapia cognitiva, specializzata in psicoterapia a indirizzo sistemico-relazionale. Socia SITCC, didatta CTC sede di Torino. Responsabile didattica della Scuola di Psicoterapia Cognitiva CTC sede di Torino. Responsabile area clinica dello Studio Torinese Psicologia Cognitiva esperta in psicoterapia individuale e di coppia.

Email: cvandoni@yahoo.it



Silvia Ferrero Merlino è psicologa-psicoterapeuta, socia SITCC. Specialista ambulatoriale convenzionato Dipartimento Salute Mentale, ASL TO2. Responsabile tirocini Scuola Psicoterapia Cognitiva CTC sede di Torino. Responsabile formazione STPC. Docente Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, sede di Torino.

Email: ferreromerlino@hotmail.it



Rita Pezzati è psicologa-psicoterapeuta. Didatta SITCC. Membro fondatore della Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Como. Professore in Psicologia dell'Invecchiamento presso la SUPSI (Scuola Universitaria Professionale della Svizzera Italiana). Coordinatrice del Servizio di Psicologia e sostegno emozionale dell'Ospedale della Beata Vergine di Mendrisio.

Email: rita.pezzati@sunrise.ch



Citazione (APA)

Poletti, B., Carelli, L., Lafronza, A., Romano, P. M., Molteni, V., Vandoni, C., Ferrero Merlino, S., e Pezzati, R. (2016). Decostruirsi per costruire: l'approccio cognitivo-costruttivista-relazionale alla psicoterapia con il paziente anziano. *Costruttivismi*, 3, 103-115. Disponibile da <http://www.aippc.it/costruttivismi/wp-content/uploads/2017/03/2016.01.103.115.pdf>