Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

Secondo Capitolo - **Il Progetto Dalla casa alla RSA: un percorso insieme**

con *Monica Rita Martini, Simona Sertorio, Arianna Cocco, Dario Ferrario, Germana Agnetti* ¹.

¹ Il Gruppo Progetto è costituito da *Monica Rita Martini*, psicologa, psicoterapeuta - RSA Ente Morale Pio XI, Bresso (Milano), Cooperativa Cogess; *Simona Sertorio*, educatrice, counselor - RSA Ente Morale Pio XI, Bresso (Milano); *Arianna Cocco*, psicologa, psicoterapeuta - RSA Ente Morale Pio XI, Bresso (Milano) e RSA Cardinale Ballestrero (Torino); *Dario Ferrario*, psicologo – coordinatore Cooperativa Cogess (Milano); *Germana Agnetti*, psichiatra, psicoterapeuta - codirettore Scuola di Psicoterapia IRIS, Milano.

Per risolvere alcune criticità del ricovero nelle *Case per Anziani* in un primo tempo avevamo pensato di partire dall'inizio: il *Progetto Accoglienza* e il *Progetto Buongiorno* che verranno descritti nel Terzo, Quarto e Quinto Capitolo affrontano infatti le problematicità dell'inizio del ricovero e, rispettivamente, dell'inizio di ogni giornata. Tuttavia, a ben guardare, entrambi i progetti sono attivati nel *Mondo del dopo* e hanno due limiti importanti: non si occupano del passaggio dal *prima* al *dopo* e non coinvolgono i familiari. Da questo punto di vista sono due progetti tardivi (sic!) e parziali. Il *Progetto Dalla casa alla RSA* vuole sopperire a queste carenze.

Il tempo che intercorre tra la prima presa di contatto con la *Casa per Anziani* e il giorno del ricovero (il *Tempo di mezzo*) è molto variabile a seconda delle realtà locali: va da un giorno, quando il ricovero avviene con urgenza da un ospedale, a sei mesi e più in certe realtà di paese o di piccola città.

In questo Capitolo si prende in considerazione l'evenienza più frequente: un tempo di alcune settimane o pochi mesi. Durante il *Tempo di mezzo* la famiglia si trova sola ad affrontare le ansie e i problemi che un cambiamento così importante comporta: si tratta di una riorganizzazione completa della vita, sia dal punto di vista pratico che relazionale ed emotivo.

Nonostante la necessità di questo lavoro interiore, l'attenzione dei familiari è invece focalizzata su due punti:

- attendere con ansia il giorno desiderato e temuto dell'evento,
- evitare sofferenze aggiuntive all'anziano fragile che verrà ricoverato.

Il primo punto tende a distogliere l'attenzione da un lavoro interiore costruttivo, il secondo si concreta con la negazione del ricovero e con la creazione di una realtà parallela basata sul *segreto*.

Il seguito del capitolo si svilupperà in sei parti, di cui le prime due sono excursus necessari per capire il senso del progetto:

- 1. Il *segreto*.
 - 1.1. I *segreti* hanno potere: il punto di vista sistemico.
- 2. Le dinamiche del *caregiving* dal punto di vista della *Teoria dell'attaccamento* (review).
- 3. Il *Progetto Dalla casa alla RSA* così come è in corso di attuazione in base all'*Approccio capacitante*.
- 4. Il *segreto* è necessario?
- 5. Alla ricerca di una via d'uscita.
- 6. La storia di Renato.

1. Il segreto

La costruzione del *segreto*, purtroppo, crea maggiori sofferenze di quelle che vorrebbe evitare. Si viene a creare una situazione in cui tutti sanno quello che sta succedendo meno che il diretto interessato.

Tom Kitwood ha ben descritto questo fenomeno inatteso: può succedere che le persone che si occupano di curare altre persone, quando queste sono fragili e con demenza, possono creare *inconsapevolmente* un ambiente che influisce negativamente sull'anziano fragile e che può

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

contribuire al suo decadimento funzionale. Il fenomeno è stato descritto come *Psicologia sociale maligna* e tende a concretarsi, per esempio, nel periodo che precede il ricovero.

Il tema viene qui affrontato prima in termini generali (1.1.) poi facendo riferimento specifico alla scuola sistemica (1.2.).

1.1. Il segreto: problemi e soluzioni

Le conseguenze del *segreto* si riverberano sia sull'anziano fragile che sul caregiver. Qui di seguito vengono forniti alcuni cenni che verranno poi approfonditi nel paragrafo successivo (1.2.)

1.1.1. Le conseguenze del segreto sull'anziano fragile

Man mano che l'equilibrio familiare tende a entrare in crisi, quando l'abituale organizzazione familiare non è più sostenibile, quando l'autonomia dell'anziano si riduce al punto di rendere necessario il ricovero, il familiare (i familiari) di riferimento cominciano a cercare soluzioni alternative e praticabili, ma fin dall'inizio nascondono il problema, nascondono la ricerca di soluzioni, per non turbare l'anziano. Fin dall'inizio lo si priva quindi della possibilità di valutare adeguatamente gli elementi di realtà che faranno decidere per il ricovero: comincia così un processo di isolamento e di estraniamento che lo porterà ad allontanarsi sempre più dalla realtà in cui vive. Quando cerca di riagganciarsi alla realtà stessa, l'anziano manifesta i propri giustificati timori, vorrebbe dividerli e *dire la sua* su quello che sta succedendo, ma c'è sempre chi è pronto a tranquillizzarlo e a negare il processo in corso.

In casi meno drastici, l'anziano viene informato, ma facendo attenzione che lui non capisca: si parla della situazione critica ma si dice anche che si può andare avanti così, si parla di ricovero ma si dice che sarà per pochi giorni e non lo si colloca in un tempo imminente, si dice che ci saranno visite tutti i giorni, lo si descrive come l'Eden...

In altre parole si mettono in atto numerose amevoli falsificazioni che provocano

- l'impossibilità di capire quello che succede,
- l'impossibilità di iniziare un personale percorso interiore di adattamento basato su elementi realistici,
- l'impossibilità di condividere i propri sentimenti,
- l'impossibilità di partecipare e contrattare su una decisione che riguarda prioritariamente lui stesso.

La conseguenza finale è l'instaurarsi o l'aggravarsi di vari disturbi psicologici e comportamentali come

- isolamento, tristezza, disorientamento, chiusura totale, opposizione, deficit funzionale aggiuntivo con diminuzione dell'autonomia (*excess of disability*).

1.1.2. Le conseguenze del segreto sul caregiver

Le conseguenze subdole del *segreto* non colpiscono solo l'anziano fragile. Il *caregiver* stesso, che ne è l'inconsapevole artefice, è vittima a sua volta:

- al senso di colpa derivante dalla dolorosa decisione del ricovero aggiunge il senso di colpa di continue menzogne o false verità;
- la difficoltà di condividere tali scelte si trasforma nella sensazione di essere completamente solo a decidere;
- la tristezza di non riuscire a restituire tutte le cure ricevute nell'infanzia si trasforma in un peso insostenibile come se nessuna cura fosse più possibile.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

Inoltre

- il segreto e la mistificazione della realtà che ne consegue impedisce anche al *caregiver* di affrontare in modo realistico uno dei compiti più importanti del ciclo di vita dell'uomo: accompagnare i propri genitori negli ultimi anni, quando sono loro ad avere bisogno di aiuto.

1.1.3. E' possibile trovare una via d'uscita?

Da quanto detto schematicamente sopra risulta evidente che il *segreto* nasce come tentativo di risolvere un problema (non soffrire e non far soffrire l'anziano fragile), ma di fatto, oltre che non risolverlo, ne crea un altro: diventa esso stesso fonte di sofferenza e impedisce ai protagonisti di trovare soluzioni alternative.

Il *segreto* è difficile da rompere, perché poggia non solo su motivazioni psicologiche personali, ma anche su una pressione culturale perversa che tende a sostenerlo. Per chi costruisce il *segreto* è facile trovare amici e parenti che diano una conferma del suo buon intendimento (non soffrire e non far soffrire l'anziano fragile), ma è difficile incontrare chi metta in luce le conseguenze negative di tale atteggiamento.

Quando si sceglie di non parlare del ricovero o di parlarne in modo ambiguo, sembra che tutto vada bene. Nell'immediato non emergono reazioni emotive tumultuose, la vita sembra scorrere senza problemi, ma i problemi vengono solo rinviati e nel frattempo covano sotto le ceneri. Il rapido decadimento funzionale e i successivi disturbi psicologici e comportamentali vengono attribuiti all'aggravarsi della malattia, confermando così che il *segreto* era la scelta giusta. Invece quello che si osserva non dipende dalla malattia ma dal *segreto*.

Dove trovare una via d'uscita? Gli Autori di Scuola sistemica e la *Teoria dell'attaccamento* forniscono un sistema di riferimento teorico utile per questa ricerca, se ne riferisce nelle pagine che seguono.

1.2.I segreti hanno potere: il punto di vista sistemico

Germana Agnetti

Tenere il *segreto*, dire bugie, occultare informazioni fanno da sempre parte delle interazioni umane, sono qualcosa di connaturato e quasi inevitabile. Basta anche leggere un giornale o semplicemente ripensare alle nostre esperienze per renderci conto di quanto questi fenomeni siano diffusi a tutti i livelli, da quello delle vicende politiche a quello delle storie familiari e di coppia. E' questa normale diffusione che ci invita a considerarli aspetti banali della vita quotidiana, oltre che in qualche misura necessari. Non ci accorgiamo però che entrando in questo ordine di idee abbassiamo la guardia della riflessione e della consapevolezza, lasciandoci guidare da principi dormitivi quali: *non ci sono alternative, è meglio per lei/lui oppure la verità farebbe troppo male o ancora meglio il segreto che le conseguenze della verità*. Tutto ciò impedisce di pensare alle conseguenze della presenza di *segreti* e bugie nelle relazioni significative, scotomizzandone l'impatto emotivo e cognitivo.

La letteratura e il cinema lo fanno bene e si sono spesso occupati di questi fenomeni, mettendone in luce la complessità e le implicazioni tossiche. Ricordiamo, uno per tutti, *Segreti e Bugie* di Mike Leigh, il film che ha vinto la Palma d'Oro al festival di Cannes nel 1996, e che può considerarsi un appello a dire la verità come antidoto alle angosce, alle rabbie e alle confusioni provocate dalle reticenze e dalle menzogne, i cui effetti velenosi vengono magistralmente resi evidenti dal regista.

Il problema del *segreto* viene sviluppato qui di seguito in tre parti:

- Il *segreto* nella famiglia (1.2.1.)
- Il *segreto* nell'età anziana (1.2.2.)
- L'antidoto al *segreto* (1.2.3.)

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

1.2.1. Il segreto nella famiglia

La terapia familiare, come facilmente intuibile, si è focalizzata su questo tema e ha individuato in alcuni tipi di *segreti* i meccanismi psicopatologici che sono alla base di sofferenza e talvolta di veri e propri disturbi (Marseglia S. 2011). La definizione di Mara Palazzoli Selvini *un occultamento di tipo intenzionale, concernente informazioni importanti per chi è tenuto all'oscuro* (Selvini M. 1984) mette in evidenza l'elemento tossico del *segreto*, cioè il fatto che le informazioni occultate riguardino aspetti importanti per la persona.

Segreto e privacy

A questo proposito è utile menzionare la distinzione tra *privacy* e *segreto* in quanto nella nostra società la prima ha recentemente acquisito un grande valore e, come spesso succede in questi casi, dietro l'alibi della *privacy* a volte prendono corpo piccole bugie e segreti apparentemente innocui. Ciò che è dirimente è che nella *privacy* le informazioni celate non sono direttamente rilevanti per la persona tenuta all'oscuro e che la condivisione di queste stesse informazioni in alcuni casi potrebbe veicolare atteggiamenti di esclusione e ostilità mascherata.

Segreto e comunicazione familiare

Segreti, bugie, occultamento d'informazioni, sono fenomeni che, al di là del loro contenuto, possono essere spiegati e compresi solo in una dimensione relazionale: da un lato vengono detti solo in relazione a qualcuno, ad esempio per paura di un rifiuto o di ferire l'altro, oppure anche per ottenere favori e riconoscimenti; dall'altro hanno una ricaduta a livello delle relazioni significative essendo in grado di dare forma al funzionamento intra familiare e al modo di rapportarsi dei vari membri della famiglia con l'esterno. Il *segreto* introduce sempre una divisione tra chi rimane all'oscuro e chi lo condivide, in questo senso ha il potere di strutturare le gerarchie, le alleanze, le esclusioni proprio a partire dalla condivisione o meno del *segreto*. Si pensi ad esempio a un'alleanza tra un genitore e un figlio/a attorno a un *segreto* importante e a come ciò possa introdurre una frattura insanabile all'interno della famiglia (Imber-Black 1998). Sono state descritte lealtà familiari intergenerazionali formate e sostenute attorno a un *segreto* che irrigidendosi nel passaggio da una generazione all'altra contribuiscono a creare una prigione cognitiva, dominata dal binomio lealtà/tradimento come unica lettura delle relazioni significative; ciò riduce le capacità di comprensione e impoverisce le risorse emotive rendendo difficile stabilire relazioni d'intimità.

Il segreto nelle diverse fasi della vita

Il *segreto* ha la forza di creare stereotipi mentali che compromettono la comunicazione familiare minando la fiducia che è nutrimento fondante in ogni relazione significativa (Vangelisti & Caughlin, 1997). Se ciò avviene in momenti significativi delle relazioni d'attaccamento questo tipo di relazioni potrà congelare lo sviluppo personale impedendone la crescita soprattutto in momenti cruciali, quali l'adolescenza, come gli studi di terapia familiare ci indicano. L'impatto distruttivo a livello relazionale si fa sentire con forza in tutti i punti di snodo del ciclo vitale, classicamente durante l'adolescenza, ma non va sottovalutato, e incominciamo a rendercene conto ora, un altro momento cruciale per l'individuo, quando con il sopraggiungere dell'età avanzata si incomincia a perdere capacità e si assiste al ribaltamento della relazione d'attaccamento tra genitori e figli.

Segreti, bugie e deliberate omissioni di informazioni sono alla base di gravi distorsioni della comunicazione e delle relazioni familiari che a loro volta sono gravide di conseguenze: a livello individuale dubbi sospetti, paure, ansie e in certe situazioni anche sintomi importanti; nell'anziano può comportare anche un incremento del decadimento cognitivo (Imber-Black 1995).

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

Segreti innocui e segreti tossici

I *segreti* non sono tutti uguali. Vi sono *segreti* innocui o anche piccoli *segreti* positivi, tipici dell'infanzia e dell'adolescenza, che possono aiutare nel processo di crescita delimitando spazi, stabilendo alleanze, strutturando amicizie. Pensiamo al *questo lo dico solo a te*, messaggio che cementa l'amicizia tra due amichette del cuore, o al riserbo di un adolescente nei confronti dei genitori che serve a delimitare un senso di intimità personale in funzione dell'individuazione.

Vi sono *segreti* invece che per il loro contenuto hanno un'azione tossica sulla mente essendo in grado di influenzare capacità cognitive, emotive e relazionali, favorendo la confusione, il disorientamento, la difficoltà di comprensione e minando quindi l'autostima e la fiducia negli altri.

Esempi di segreti tossici

Pensiamo per esempio ai *segreti* che riguardano l'identità, la propria nascita o le proprie origini, ai *segreti* di abusi fisici e sessuali subiti.

La letteratura in terapia familiare ci dice che i *segreti* importanti hanno conseguenze rilevanti a livello sintomatologico individuale impedendo l'elaborazione dell'accaduto, privando i membri della famiglia di risorse relazionali, inficiando lo scambio comunicativo intra familiare (Karpel 1980, Imber-Black 1998). Ciò avviene non solo delle aree contigue al *segreto* ma progressivamente contagia altre aree che diventano territori minati di cui non si può parlare. Alcune famiglie stabiliscono regole molto rigide per mantenere nascoste le informazioni rendendo inimmaginabile per i membri della famiglia utilizzare le risorse che si trovano al di fuori della ristretta cerchia familiare o chiedere aiuto esterno a qualunque titolo, rendendo in tal modo più difficile la soluzione di qualunque problema.

Altri esempi di *segreto* riguardano il fatto di non sapere perché un genitore è sparito, quando ad esempio si trova in carcere o in ospedale o è assente comunque per problemi gravi, oppure la malattia mentale di un congiunto che è tenuta nascosta a causa dello stigma, per vergogna, per malinteso senso della *privacy* o, nel caso di genitori malati, per proteggere la crescita dei figli e preservare l'immagine del genitore. Sappiamo dalla letteratura e dall'esperienza clinica quanto questa pratica sia nociva e di corto respiro, privando i figli della possibilità di interpretare correttamente la realtà e di comunicare i propri stati d'animo, le proprie difficoltà rispetto alla realtà quotidiana che sperimentano.

Segreto, senso e resilienza

La corretta attribuzione di *senso* e la possibilità di comunicare il proprio disagio sono elementi centrali che stanno alla base della resilienza, e quindi in questi casi è importante per i figli favorire la comprensione della situazione e la possibilità di discutere apertamente delle problematiche mentali dei genitori e dei propri vissuti rispetto ad esse. Quindi il *segreto* (o anche semplicemente il *non detto*) relativo alla malattia mentale del genitore non solo non è un elemento protettivo nei confronti dei figli ma ostacola l'accesso alle risorse e la costruzione della resilienza (Solantaus, 2006).

Segreto e abbandono

Altro esempio della necessità di comunicare e spiegare ciò che sta accadendo, senza ricorrere a *non detti* o *mezze bugie*, riguarda le situazioni che, se non ben esplicitate, possono essere vissute come abbandono. L'abbandono, già di per sé elemento di rischio rispetto alla sfera emotiva, ha una valenza maggiormente distruttiva quando non è chiaro e comprensibile. Qualunque condizione reale è più facilmente accettabile se possiamo farcene una ragione e darle una cornice di senso. Nel caso

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

ad esempio di un bambino che sia lasciato dai nonni, da parenti lontani o addirittura in collegio o altro istituto senza alcuna spiegazione, e magari con la promessa che avrebbe passato solo qualche mese lontano dai genitori, si ingenerano dubbi, aspettative mai realizzabili, con il rischio da parte del bambino di attribuirsi colpe di tutto ciò e o di vivere un'attesa logorante che non gli permette di investire energie e affetti nel suo contesto reale.

Anche agli adulti può succedere qualcosa di analogo e più l'adulto è fragile o più nella sua storia di vita si saranno verificate ferite dell'attaccamento più le conseguenze saranno importanti, pensiamo all'anziano che si ritrovi a sua insaputa in RSA e al disorientamento e alla confusione che comporta questa condizione.

Non si può non capire

L'idea che il non dire sia utile e protettivo, nonostante le ricerche abbiano evidenziato il contrario, è molto radicata ed è sostenuta da una serie di false credenze. La prima su cui val la pena soffermarsi, è *Tanto, non capiscono*. In genere è riferita a bambini o ad anziani con decadimento cognitivo. Si tratta di un vero e proprio mito che partendo dalla premessa della loro minor capacità di capire non tiene conto dei diversi modi di comprensione che sono inevitabilmente connessi. Così come è impossibile non comunicare e quindi tutti noi comunichiamo sempre, anche non dicendo (i segreti sono eloquenti al proposito), così è impossibile non capire. Anche quando il nostro assetto cognitivo è fragile perché si sta ancora formando o perché sta andando incontro a un deterioramento, esiste comunque un tipo di comprensione, che pur non articolata in ragionamento, alimentandosi dalle sensazioni provenienti dalla realtà, è molto forte sul piano emotivo. Non necessariamente il livello esplicativo è la porta di accesso alla comprensione, spesso esiste una sorta di *proto comprensione* in grado di far capire le cose al di sotto e prima di una soglia che chiamiamo consapevolezza. Ed è qui che si evidenzia l'azione tossica del *non detto* quando cioè il livello esplicativo è in contrasto con il livello delle informazioni e delle sensazioni che provengono dall'ambiente in cui ci troviamo. Il supposto effetto benefico della *pietosa bugia* ha in realtà un effetto velenoso sulla mente, introducendo contraddizioni e dissintonie nel momento in cui maggiormente la mente ha bisogno di una coerenza che faciliti la comprensione.

Riprendiamo l'esempio dell'anziano in RSA. Un anziano le cui facoltà cognitive si stanno indebolendo, e venga lasciato in una residenza senza adeguata preparazione e senza comunicazioni chiare e comprensibili al proposito, sarà ostacolato a capire la realtà che lo circonda con la conseguenza di un aumento del livello di confusione e disorientamento tanto più grave quanto più era fragile la sua condizione cognitiva ed emotiva. Ma anche quando l'anziano provenga da una condizione di buone risorse personali, ritrovandosi a sua insaputa in RSA, senza avere la possibilità di discutere questa scelta e di esprimere la sua idea e i suoi sentimenti in proposito, andrà incontro a maggiori difficoltà di adattamento che possono variare dal rifiuto del cibo, agli atteggiamenti persecutori. Spostare la spiegazione di queste problematiche su aspetti esclusivamente inerenti la patologia senile significa non solo non prendere in considerazione la complessità dei fenomeni ma anche privare l'anziano della possibilità di mobilitare le risorse che ancora possiede.

La sintomatologia del segreto

In letteratura troviamo descritti una serie di sintomi che si sviluppano sia in chi detiene un *segreto* sia in chi è tenuto all'oscuro. Chi detiene il *segreto* non è immune da conseguenze psicopatologiche con possibili ricadute sia sulla salute fisica sia sul comportamento (Kelly, 2002). Sono fenomeni per lo più legati allo stress e al senso di colpa, non sempre percepito in modo consapevole, ma anche alla riattivazione di nodi non risolti legati alle relazioni d'attaccamento genitori - figli. Chi è tenuto

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

all'oscuro sviluppa più facilmente una sintomatologia legata al dubbio, al sospetto, alla paura, all'incapacità di comprendere che, a seconda delle fasi della vita, assume forme diverse.

1.2.2. Il segreto nell'età anziana

La ricerca clinica familiare ha evidenziato il carattere di esplosività che il *segreto* assume durante l'adolescenza (Cain 2006) e di fatto molti lavori su questo tema prendono in considerazione segreti e bugie tenuti dai genitori rispetto ai figli. Tuttavia, nel momento in cui la vita media si allunga e conseguentemente diventa frequente un ribaltamento dei ruoli e degli aspetti di attaccamento tra i figli ormai adulti e i genitori che invecchiando perdono potere, autonomia e capacità, la questione del *segreto* e delle bugie entra in punta di piedi anche in questa fase della vita.

Segreto e attaccamento

Numerosi studi hanno sottolineato l'importanza dei legami affettivo - relazionali nel momento in cui l'anziano deve fare i conti con una nuova formulazione del sé e del rapporto con gli altri, all'interno del suo ciclo di vita e del ciclo di vita della sua famiglia (Bartholomew, 1993). In modo più specifico, le ricerche hanno messo a fuoco la centralità dei legami di attaccamento, sia quelli della propria storia, in parte evocati nella memoria del proprio antico passato, sia quelli attuali, vissuti all'interno del ribaltamento del rapporto d'attaccamento per cui si diventa figli dei propri figli.

La qualità delle relazioni significative e la possibilità di sperimentare intimità sono le condizioni necessarie a mantenere la sicurezza e la stabilità emotiva che costituiscono, nell'anziano, la sua *Base sicura*. Ciò lo rende capace di affrontare in modo resiliente i traumi del decadimento fisico e cognitivo e le loro inevitabili conseguenze, contribuendo ad arginare la sintomatologia psicopatologica.

Il trauma del decadimento non colpisce solo l'anziano ma ha importanti ripercussioni su tutta la famiglia e in particolare sui figli che si trovano a dover gestire il ribaltamento dei ruoli diventando genitori dei loro genitori e dovendo, nello stesso tempo, fare i conti con la propria storia di attaccamento (Pezzati 2005).

E' in questa cornice che va rivisitato ciò che finora è stato detto sul *segreto* e in particolare sul *segreto* rispetto all'inserimento in RSA.

Segreto e confusione

Sappiamo che la confusione e il disorientamento si amplificano in condizioni di scarsa o contraddittoria comprensione e che la realtà, quando è difficilmente decifrabile, diventa minacciosa, dando luogo a paure e vissuti persecutori carichi di ansia che comportano un elevato rischio di aumento del deterioramento cognitivo e della sintomatologia psicopatologica. A questo effetto del *segreto*, che potremmo definire diretto, dobbiamo aggiungere le non minori conseguenze sul piano affettivo relazionale che, come evidenziato dagli studi, svolge un ruolo cruciale nel preservare l'identità dell'anziano.

Il segreto del ricovero

Nel caso di un figlio che per non ferire il genitore e mantenere buono il rapporto con lui, tiene segreta la sua entrata in RSA, comunicandogli che si tratta di un breve periodo in Casa di cura per accertamenti, terapie o altro, l'idea dominante è che l'inganno sia quasi ininfluenza perché il genitore non può realmente capire e se anche percepisse lontanamente qualcosa, vi sarebbe comunque una significativa contropartita per la diminuzione dell'ansia e della paura relativa a questo passaggio importante. Tale ragionamento, come abbiamo esposto sinora, è intriso di false

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

credenze e non tiene conto del potere e della forza dei segreti e delle bugie nel dare una propria e specifica struttura alle relazioni.

Il *non detto* entra nel rapporto tra i due portando comunque con sé l'imbarazzo legato alle non sempre consapevoli reazioni emotive del figlio, e la distanza emotiva risultante dalla situazione di falsità instaurata dal *non detto*, e favorendo un clima d'impedimento all'intimità e alla fiducia. Ciò, a dispetto di scambi di gentilezze e premure, è terreno di cultura per l'ansia, i vissuti d'inganno e tradimento oltre che un fattore di rischio per la psicopatologia.

In tali circostanze si instaurano facilmente circuiti incapacitanti legati al non sapere, ai dubbi, agli scarsi mezzi biologici e relazionali a disposizione per capire, all'impossibilità di ricorrere a relazioni di fiducia che svolgano il ruolo di risorse esterne.

1.2.3.L'antidoto al segreto

Come neutralizzare dunque l'azione tossica di *segreti e non detti* è compito prioritario che nel caso dell'anziano va ancora declinato. In generale la terapia familiare ha dato la risposta: si tratta di sciogliere il *segreto*. Tuttavia l'antidoto della trasparenza va somministrato secondo tempi e modi adeguati, a seconda delle situazioni e dei contesti e sulla base dell'esperienza clinica maturata negli anni.

Nel caso specifico dell'anziano sappiamo che la trasparenza è la via obbligata, e che dobbiamo individuare i modi per raggiungerla con la consapevolezza che questo richiede un'operazione culturale importante riguardante i singoli individui, le famiglie e anche le istituzioni.

2.Le dinamiche del *caregiving* alla luce della *Teoria dell'attaccamento* (review)

Rita Monica Martini, Dario Ferrario

Lo studio della storia di attaccamento del *caregiver* (come esempio paradigmatico viene qui considerata una figlia) rispetto al proprio genitore aiuta a trovare risposte alle difficoltà che emergono al momento di decidere il ricovero.

E' altresì importante porre attenzione sulla storia di attaccamento dell'anziano fragile stesso, per capire come la relazione passata con le proprie figure di riferimento lo renda co-costruttore del tipo di cura che riceverà.

Lo sguardo si amplia quindi, abbracciando tre generazioni: l'anziano fragile, i suoi genitori e i suoi figli, ciascuno con una sua storia di attaccamento.

2.1.Teoria dell'Attaccamento e caregiving

Secondo la *Teoria dell'Attaccamento* (John Bowlby, 1979) l'individuo ha in sé uno specifico sistema comportamentale che lo porta fin dalla nascita a sviluppare legami di attaccamento verso le figure che si prendono cura di lui. Da queste prime esperienze significative prenderanno forma nella persona degli schemi, detti *modelli operativi interni* di sé e delle figure di attaccamento, che continueranno a funzionare in modo relativamente stabile per tutto il ciclo di vita.

Gli attaccamenti si mantengono e si attivano per tutta la vita adulta in diverse circostanze in cui dalla vicinanza prettamente fisica dell'infanzia si va cercando nell'altro l'accessibilità psicologica per potersi sentire *sicuri* nei confronti delle proprie fragilità e vulnerabilità. Ciò che cambia è il modo in cui essi vengono espressi.

Questo fatto si collega con il concetto di continuità intergenerazionale dei legami d'attaccamento: essi vengono trasmessi tra le generazioni in base alle proprie relazioni significative.

Relativamente a una specifica classificazione, gli studi hanno evidenziato varie tipologie di attaccamento relativamente ai bambini; Mary Ainsworth (1978) ne ha descritte tre:

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

- attaccamento sicuro (di tipo B, *secure Base*),
- attaccamento insicuro-evitante (di tipo A, *Avoidant*),
- attaccamento insicuro-ambivalente (di tipo C, *Coercitive*).

Negli anni successivi sono state introdotte altre due tipologie:

- attaccamento disorganizzato-disorientato (di tipo D, *Disorganized*), descritto da Main (1985),
- attaccamento evitante-ambivalente (A/C) descritto da Crittenden (1997).

Nel 1985 George, Main e Kaplan, utilizzando uno specifico strumento (Adult Attachment Interview, AAI) hanno classificato anche lo stile d'attaccamento dell'adulto. Gli stili relazionali identificati sono quattro e sono correlabili ai *pattern* di attaccamento infantili identificati dalla Ainsworth.

Essi sono:

- stile relazionale libero autonomo (*free*, corrispondente al B),
- stile relazionale distanziante (*dismissing*, corrispondente all'A),
- stile relazionale preoccupato (*entangled*, corrispondente al C),
- stile relazionale irrisolto (*unresolved*, corrispondente al D).

La *Teoria dell'Attaccamento* spiega da una parte la nascita del sistema di attaccamento, dall'altra la capacità del soggetto di fornire e di ricevere cure, coerentemente con il *modello operativo interno*.

In maniera più ampia, la modalità con cui vengono affrontati i cambiamenti e le situazioni inerenti al periodo di vita della senescenza possono essere letti come legati agli stili di attaccamento presenti nelle persone.

2.2. Influenze della storia di attaccamento sull'accettazione della malattia

Una prima ipotesi di studio pone l'attenzione su come le proprie esperienze di attaccamento possano influenzare gli anziani nell'accettare non solo la vecchiaia ma, soprattutto, lo stato di malattia. La malattia crea insicurezza nell'anziano per la perdita d'autonomia e per la paura della sofferenza e della morte, questi stati emotivi sono il movente che attiva il bisogno di vicinanza e protezione da parte dell'altro, attivando il sistema di accudimento.

Magai e Cohen (1998) hanno messo in evidenza una correlazione fra stile di attaccamento e stile di regolazione emozionale di soggetti con demenza, tipologia dei sintomi della demenza e livelli di *burden* del *caregiver* (il carico assistenziale). Lo stesso studio riprende le evidenze di una forte associazione fra lo stile di attaccamento e i *pattern* di regolazione emozionale, traslandolo ai soggetti con demenza:

- uno stile di attaccamento premorbo di tipo evitante è associato con emozioni premorbose di rifiuto, rabbia, inibizione e ritiro;
- uno stile di attaccamento premorbo di tipo ambivalente è associato ad emozioni premorbose di ansia e tristezza.

È stato anche evidenziato che gli individui appartenenti a questi due gruppi erano meno capaci di socializzare e insicuri nelle relazioni interpersonali. I risultati dello studio mostrano che i soggetti dementi insicuri manifestano una maggiore ideazione paranoidea rispetto ai soggetti dementi sicuri, mentre gli ambivalenti manifestano maggiormente sintomi ansiosi. Sono stati descritti anche gli effetti sul piano sintomatologico comportamentale: soggetti insicuri mostrano più frequentemente disturbi comportamentali e difficoltà nei ritmi quotidiani rispetto a soggetti sicuri. Tutto ciò influenza marcatamente i livelli di *burden* dei *caregiver*.

2.3. Influenze della storia di attaccamento sullo stile di cura

La seconda ipotesi di studio sulla quale poniamo l'attenzione riguarda l'influenza della storia di attaccamento dei *caregiver* sul loro stile di cura: l'attaccamento può essere visto come una chiave di

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

lettura per comprendere le dinamiche che stanno alla base del riuscire a dare cure all'altro, leggendo il sistema di *caregiving* come parte specifica del sistema di attaccamento adulto.

Su questi aspetti la letteratura (Pezzati et al., 2005) fornisce dati nella direzione per cui un *caregiver* sicuro può essere visto come in grado non solo di usufruire dei supporti sociali esistenti ma, soprattutto, di affrontare e integrare le emozioni relative al proprio congiunto, riuscendo ad essere emotivamente più disponibile e diminuendo la sensazione soggettiva di *burden*.

Di fronte a situazioni trasformative forti come le malattie croniche, un *caregiver* sicuro può avere un miglior adattamento alle situazioni di stress. Viceversa si può ipotizzare che attaccamenti di tipo insicuro in un *caregiver* possano sfociare in situazioni di maggior conflitto, ambivalenza e difficoltà ad affrontare e regolare le emozioni. La relazione con l'altro risulta più difficile perché più difficile è la capacità di lettura della mente dell'altro, e la flessibilità emotiva di questi curanti è ridotta quando invece essa sarebbe necessaria per affrontare gli svariati momenti difficili della situazione di cura. I nodi irrisolti e i conflitti presenti, mai sciolti nella propria storia personale, condizionano inevitabilmente la capacità di prendersi cura.

Riassumendo,

- una persona con uno stile d'attaccamento *insicuro* fa fatica a trovare i modi e le risorse personali per fornire aiuto, perché sta ancora cercando per se stessa il completamento di questa necessità non risolta, essendo ancora attivo in lei il bisogno di essere accudito;
- una persona con uno stile d'attaccamento *sicuro* riesce invece più facilmente a riconoscere nell'altro non solo una possibile fonte di sicurezza a cui appoggiarsi ma anche una persona che a sua volta può necessitare di aiuto.

2.4. Influenze reciproche tra chi cura e chi è curato

Caregiver e anziano fragile si definiscono nella propria identità all'interno di un complesso sistema di relazioni che ne costituiscono quindi un riferimento chiave per la ri-strutturazione di sé.

La qualità dei legami affettivo relazionali è alimentata in senso transgenerazionale dalla percezione che si ha di sé e dell'altro.

Questa considerazione fa ipotizzare che il modo di essere *caregiver* adulto verso altri adulti in difficoltà, sia strettamente correlato ai *modelli operativi interni* di entrambi: l'incontro fra il *caregiver* e la persona demente è l'incontro fra due stili di attaccamento, fra due diversi *modelli operativi interni*. La relazione non dipenderà quindi soltanto da uno dei due, bensì dal risultato di tale incontro.

Le cose si complicano però ulteriormente almeno per un altro fattore. Il *caregiver* non si prende cura di un estraneo, non svolge il ruolo in veste di professionista, bensì si prende cura di una persona che è in relazione con lui da tutta la vita, di un genitore con il quale ha legami affettivi che implicano conflitti passati e attuali, risolti e non risolti. Gaddi (2009) ha già sottolineato l'importanza di considerare che il prendersi cura avviene sempre in un contesto legato a un tempo e a un luogo; il prendersi cura è un'azione speciale che si realizza nell'oggi, nel qui e ora di quella casa, di quella storia di vita, di quella malattia ma, sotto certi profili, è legata anche al tempo lungo, alla storia personale. E' quindi opportuno utilizzare una chiave di lettura più storica, che tenga conto dei legami tra le generazioni in senso verticale.

2.5. Sulla fatica del curare

Con il termine *caregiving* si individua l'insieme di processi assistenziali che vengono forniti ad un soggetto bisognoso di cure: è un'esperienza complessa e fortemente individuale, che non può essere concettualizzata alla stregua di uno *stressor* unitario. Il *caregiving* si configura come un processo altamente mutevole nel tempo e caratterizzato dalla presenza di situazioni e difficoltà diverse,

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

prevedibili e modificabili solo in parte. In una situazione di questo tipo nessuna strategia di *coping* può considerarsi sempre e comunque funzionale (Glozman, 2004).

In base a quanto riportato in letteratura, le maggiori problematiche connesse al *caregiving*, oltre allo stress prolungato dovuto alle cure fisiche ed alle modificazioni nei ruoli, sembrerebbero essere

- l'incessante supporto emotivo fornito al partner malato, definito da Glozman (2004) *emotional donation*;
- l'osservazione dell'eventuale peggioramento delle condizioni del paziente;
- la percezione della sua sofferenza;
- una diminuzione nella qualità di vita, che in alcune ricerche è risultata peggiore rispetto a quella dei pazienti (Chen et al., 2004; Myaskovsky et al., 2005);
- il vissuto emotivo dell'“essere in trappola”, come se ogni spazio personale fosse invaso e il prendersi cura del malato fosse percepito come un obbligo (Courts, 2000; Luk, 2002).

I *caregiver* si sentono prigionieri ed esperiscono sentimenti contraddittori: se scelgono per se stessi sono poi afflitti da sensi di colpa; se scelgono in base ai bisogni del proprio congiunto sviluppano sentimenti di rabbia e risentimento all'interno di una crisi personale in cui possono rivivere conflitti e nodi non risolti e si sconvolgono gli equilibri che si erano creati (magari precari, come nel caso di un attaccamento insicuro). Viene così a stabilirsi una situazione in cui si riattivano i vecchi *pattern* relazionali che vanno a sommarsi a problemi nuovi connessi alla malattia e alla cura.

Rocchi et al. (2006) sottolineano come sia raro che il paziente entri da solo nella malattia, dato che tutta la famiglia ne risente immediatamente: la malattia, infatti, costituisce un evento critico che costringe il gruppo familiare a dover rivedere l'equilibrio tra i bisogni di ciascun membro, a ristrutturare i *pattern* comportamentali e relazionali ed a riorganizzarsi internamente al fine di favorire i processi di *coping* e di adattamento (Petrollini & Lamura, 2002). Il *caregiver* non è solo colui che cura, ma è anche una “vittima secondaria della malattia”. Infatti la malattia del proprio familiare ha non solo risvolti concreti ma, come più volte sottolineato, anche emotivi e psicologici che colpiscono principalmente il curante che essendo anche lui investito all'improvviso dalla malattia, si trova impreparato e spaventato davanti al nuovo ruolo.

2.6.Sulla scelta del *caregiver* principale

Col passare del tempo avviene che dentro la stessa struttura familiare si costituisca una sorta di gerarchia da cui emerge un *caregiver principale*, un figlio o il coniuge, e altri che vengono invece indicati come *helper* (Nobili, 2010). La “scelta” che il malato fa del *caregiver*, o che il *caregiver* fa di assistere il malato, avviene spesso sulla base di dinamiche relazionali e comportamentali che eleggono un componente della famiglia a persona più strettamente coinvolta nelle scelte decisionali e nel farsi carico dei bisogni inerenti l'anziano fragile. Ma, riprendendo una domanda formulata da Bianchetti (2008), perché in una famiglia in cui ci sono quattro figli, uno diventa il *caregiver*? Un primo elemento è il sesso, dal punto di vista statistico tutti gli studi riportano che è più facile che il *caregiver* sia donna; ma ciò non è sufficiente a rispondere: esistono una serie di elementi che l'autore attribuisce alla personalità (e che appaiono estremamente legati agli schemi di attaccamento). Alcuni lo diventano per un atteggiamento di empatia e accudimento, perché lo vivono come qualcosa che appaga; altri lo diventano per senso del dovere; altri ancora per ragioni egoistiche o per sentimenti di colpa (Bianchetti, 2008).

Se cerchiamo una risposta in base alla *Teoria dell'attaccamento*, è la personale storia di attaccamento dei figli a prefigurare chi diventerà il *caregiver principale*.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

2.7.Sulla possibilità di accudire preservando uno spazio personale

La vecchiaia, intesa come ultima ed importante fase da percorrere all'interno del ciclo di vita, diventa un momento complesso da affrontare a livello non solo del singolo individuo, ma del sistema famiglia di cui si fa parte. Un anziano, che è genitore ma che diventa sempre più anziano, deve far fronte con aspetti di sé come la fragilità, la perdita d'autonomia e l'incontro con la malattia. Lo stesso cambiamento viene però affrontato anche dalla famiglia dell'anziano e in particolare dai figli. Essi vedono la relazione con il proprio genitore passare da uno stato di simmetria conquistato con l'età adulta a uno stato nuovamente asimmetrico, ma in senso contrario rispetto all'infanzia: ora vengono a trovarsi in una posizione in cui sono loro a doversi prendere cura del genitore. Questo complesso compito evolutivo è affrontato grazie alle competenze personali che le persone hanno in sé in termini di *modelli operativi interni*, schemi operazionali con cui poter affrontare diversi accadimenti di vita. In un caso ideale, tali capacità di tipo relazionale permettono di accettare la necessità di accudire, ma permettono anche di riuscire a prendere la giusta distanza, in modo da fornire protezione all'altro ma preservare, nello stesso tempo, il proprio valore personale e i propri ruoli al di là del curare.

2.8.Sul maggiore o minore peso assistenziale

Il carico funzionale ed emozionale legato al prendersi cura viene alleggerito o appesantito in base al gioco relazionale ed intergenerazionale creatosi nel corso della vita delle persone che compongono il sistema famiglia. La complessità in cui prende vita e si articola la costruzione della relazione di cura trova radici nella storia evolutiva di ogni membro del sistema relazionale. Dal punto di vista della *Teoria dell'attaccamento*, il modo in cui sono stati vissuti i rapporti a livello intergenerazionale contrassegna la rappresentazione di sé come capace di accettare cure e anche quella di sé come curante. Possiamo quindi dire che

- tutto quello che comprende la crisi intorno alla malattia cronica coinvolge non solo un singolo individuo ma più persone e più generazioni;
- la relazione d'aiuto si struttura in base a uno stile relazionale specifico (stile di attaccamento).

Sintetizzando i dati sui quali si trova l'accordo di autori differenti (Andersson & Steven, 1993; Miesen, 1993, 2003; Schulz et al., 2008) emerge che

- un modello sicuro di attaccamento è in relazione con una migliore capacità di adattamento alla malattia cronica e con un generale senso di benessere nella vecchiaia;
- figli adulti che presentano una rappresentazione mentale di tipo sicuro nei loro attaccamenti, riportano con i loro genitori anziani un livello inferiore di *burden* e sono maggiormente disponibili nei compiti di *caregiving*;
- persone che tendono ad esperire le relazioni strette come caratterizzate da ambivalenza, dipendenza o conflitto, possono più frequentemente fare esperienza di malessere e disagio rispetto alla perdita di una figura di attaccamento.

2.9.Sulle influenze degli stili di attaccamento

Per quanto concerne invece gli studi sulle persone anziane affette da patologie degenerative, i dati suggeriscono che esiste una personale propensione a ricercare o rifiutare una vicinanza con il *caregiver* e che gli stili di attaccamento risultano essere particolarmente rilevanti in almeno tre aree:

- l'accettare la malattia,
- l'accettare di ricevere cure e di essere dipendenti dall'altro,
- il benessere percepito (Browne & Shlosberg, 2006).

Emerge come un attaccamento sicuro, sviluppatosi all'interno di una relazione di fiducia, favorisca nell'anziano la possibilità di riconoscere un bisogno, esprimerlo e accettare con fiducia di ricevere

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

le giuste e adeguate cure. Anziani con una storia di attaccamento insicura saranno meno inclini a fidarsi di chi vorrà prendersi cura di loro, coerentemente con i *modelli operativi interiori*.

2.10. Lo stile di attaccamento persiste in corso di demenza

Le considerazioni fin qui esposte rispetto all'influenza dello stile di attaccamento sulla reazione dell'anziano fragile alla malattia e alle cure ad essa connesse partono da un presupposto che non possiamo non considerare:

- il sistema di attaccamento si mantiene anche in corso di demenza o, comunque, di patologie degenerative (Miesen, 1993).

È interessante notare come la *Teoria dell'attaccamento* permetta una visione bifocale delle relazioni di cura: l'influenza dei *modelli operativi interni* si riversa sia nell'atteggiamento del *caregiver* nel prendersi cura del genitore malato, sia nell'atteggiamento del genitore anziano di accettare di dipendere dal figlio e di farsi curare.

A tale proposito si ipotizza che la spiegazione delle correlazioni fra stile di attaccamento e stile di cura sia correlato alle facoltà psicologiche caratterizzanti soggetti che hanno avuto un certo tipo di attaccamento:

- persone con storie di attaccamento sicuro hanno un maggior senso di benessere e hanno caratteristiche relazionali positive, con assenza di psicopatologia (Borman & Cole 1993; Magai et al., 1993; Magai & Passman, 1997);
- lo stile di attaccamento insicuro evitante è associato ad alti livelli di difesa, ostilità e inibizione nelle relazioni con l'altro (Magai & Passman, 1997);
- lo stile insicuro ambivalente è associato a più o meno gravi forme di ansia e depressione e instabilità nelle relazioni (Borman & Cole 1993; Magai & Passman, 1997).

Nel caso di un attaccamento sicuro, per esempio, la funzionalità nello stile di *care* potrebbe essere associata alla maggiore capacità di questi soggetti di leggere in modo adeguato la mente dell'altro (capacità di mentalizzazione), alla maggiore capacità di leggere i bisogni emotivi e gli stati d'animo dell'altro e ad immedesimarsi (empatia) e alla maggiore fiducia in se stessi e negli altri (autostima).

2.11. Sull'intervento psicoeducazionale con i caregiver

Gli studi presenti in letteratura dimostrano che i *caregiver* con attaccamento sicuro sono più disponibili, oltre che dal punto di vista concreto, anche dal punto di vista emotivo, ed hanno un più basso livello di *burden*. In un interessante studio del gruppo di Palo Alto (Dupart, 2005), sono stati confrontati i dati relativi al livello di *burden* e alla depressione (utilizzando scale cliniche), a un tempo zero e a sei mesi di distanza, con i punteggi di misura di attaccamento sicuro e insicuro. Tra il tempo zero e i sei mesi di *follow up*, i partecipanti sono stati sottoposti ad un intervento psicoeducazionale per affrontare i problemi relativi al *caregiving*. I risultati indicano che i *caregiver* con stili di attaccamento insicuro hanno riportato sintomi maggiori di depressione già al tempo zero. La cosa più importante, a sei mesi, è che i *caregiver* con stile di attaccamento sicuro riferivano di avere sperimentato livelli più bassi di carico rispetto a quelli con un attaccamento insicuro. I due gruppi, di attaccamento sicuro e insicuro, non erano correlati con la depressione al *follow up*. Dai risultati di questa indagine è emerso che lo stile di attaccamento può influenzare i livelli di depressione nei *caregiver* prima dell'intervento psico-educazionale e che *caregiver* con attaccamento sicuro sembrano essere più ricettivi a un intervento che mira ad abbassare il livello di *burden*, rispetto a quelli con un attaccamento insicuro. Gli autori concludono il lavoro sottolineando l'importanza d'indagare lo stile di attaccamento dei *caregiver*, siano essi familiari o operatori socio sanitari.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

2.12. Stile di attaccamento e situazioni di trasformazione

L'attaccamento sicuro sembra essere anche correlato positivamente ad una maggiore capacità di adattamento a situazioni di trasformazione, quali lutti, perdite e malattie; capacità che costituisce sicuramente un fattore importante nell'affrontare la patologia degenerativa di un proprio genitore.

Come sottolineato da Carpenter (2001) in condizioni di disagio un adulto con stile di attaccamento insicuro può avere delle difficoltà a trovare le risorse mentali per fornire cure sensibili ed efficaci ad altre persone; una persona relativamente sicura potrà invece percepire gli altri non solo come fonte di sicurezza e supporto, ma anche come esseri umani a loro volta bisognosi e meritevoli di un sostegno. *Caregiver* insicuri, inoltre, sembrano meno in grado di adoperarsi concretamente per chiedere aiuto quando le difficoltà si manifestano (Crispi 1997).

2.13. Stile di attaccamento, benessere, capacità di caregiving

Rispetto alle relazioni di attaccamento negli anziani Grossman et al. (1993) hanno trovato che soggetti con stile di attaccamento sicuro hanno una rete sociale più ampia, membri della famiglia più supportivi, ricevono e danno più aiuto e coinvolgono di più gli altri nella loro prospettiva di vita futura. Al contrario coloro con attaccamento evitante sono significativamente più soli e rifiutano l'aiuto.

Lo stile di attaccamento risulta influenzare il benessere dell'anziano e del caregiver:

- uno stile di attaccamento sicuro nella persona anziana, così come nelle altre fasi del ciclo di vita, è associato ad una maggiore percezione di benessere soggettivo (Cosentine e Magai 2003);
- uno stile di attaccamento insicuro è correlato alla percezione da parte dei figli di un minor senso di benessere soggettivo e di un maggiore stress da carico assistenziale (Shaver e Mikulincer 2004).

Alcuni studi hanno inoltre cercato di utilizzare lo stile di attaccamento come elemento di prevedibilità dei fattori di rischio e dei fattori protettivi, in relazione con il benessere. Secondo McCarty e Davies (2003) per alcune persone anziane le memorie di attaccamento legate a relazioni conflittuali vissute con i genitori durante l'infanzia possono riemergere e riattivarsi a causa di eventi significativamente destabilizzanti nella vecchiaia, dopo che erano rimasti silenti durante tutta l'età adulta. Queste persone, che hanno avuto una storia di attaccamento problematica, se vengono a contatto durante la vecchiaia con eventi di vita negativi possono andare incontro più di altre ad alti livelli di depressione, ansia e ritiro (Bradley e Cafferty 2001).

Si rileva così che

- le persone che hanno ricevuto cure adeguate nell'infanzia sono capaci di affrontare il dolore e la malattia del partner fornendo conforto, supporto adeguato ed esprimendo capacità empatiche;
- le persone che hanno ricevuto cure inadeguate possono invece avere difficoltà a riconoscere il bisogno dell'altro di cura e a mettere in atto opportune ed efficaci modalità di fornire supporto nelle relazioni adulte.

Anche se i dati non sono statisticamente significativi, un recente studio condotto su figlie di anziani fragili ha mostrato come le figlie con attaccamento insicuro ansioso fornivano una minore quantità di cure (Carpenter, 2001). Altri studi vanno nella direzione di misurare come figli con stile di attaccamento disorganizzato o irrisolto portano nella relazione di cura del proprio caro anche i conflitti irrisolti.

2.14. Dalla teoria alla pratica

Questa review ha indagato il fenomeno del *caregiving* rivolto agli anziani fragili, in particolare quelli con demenza, dal punto di vista della *Teoria dell'attaccamento* e ha focalizzato l'attenzione sul ruolo di alcune caratteristiche individuali e relazionali, sia di chi cura che di chi è curato. E'

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

emerso che la conoscenza dello stile di attaccamento (nel bambino) e dello stile relazionale (nell'adulto) è utile per comprendere i fenomeni della relazione di cura e per favorirne un'evoluzione positiva.

Riprendendo una riflessione di Browne & Shlosberg (2006), gli studi rispetto al contributo che la *Teoria dell'attaccamento* può dare nell'ambito delle relazioni di cura sono molti, ma ancora poche sono le applicazioni nella pratica.

Il presente excursus si colloca nell'ambito delle riflessioni teoriche che considerano il valutare gli stili di attaccamento una utile e adeguata chiave di lettura degli stili di *care*, e sottolinea l'importanza di utilizzare i dati già da oggi disponibili per costruire modelli che abbiano una più ampia ripercussione sulla pratica quotidiana.

Ulteriori studi longitudinali e prospettici saranno necessari per valutare le effettive conseguenze di un determinato stile di attaccamento sul benessere della persona anziana, sul suo accettare di essere accudita e sullo stile di cura del suo *caregiver*. Tuttavia, partendo dalla considerazione che le difficoltà o le abilità nel *caregiving* sono influenzate dalla storia personale d'attaccamento, già da ora si può ritenere che lo studio di questa storia personale sia utile e possa essere utilizzato per aiutare i *caregiver* in difficoltà ad affrontare meglio i problemi di *caregiving*.

Il lavoro su di essa può influenzare favorevolmente non solo lo stato di salute del *caregiver* ma anche la relazione tra chi cura e chi è curato. Offrire la possibilità di evidenziare i propri nodi di vita e di affrontarli in un contesto psicologico, può essere un utile strumento per

- affrontare le difficoltà legate all'accettare la malattia e l'eventuale ricovero del congiunto, genitore o coniuge;
- capire le modalità con cui si vive il proprio ruolo di cura;
- migliorare o acquisire strategie relazionali più efficaci.

3.Presentazione del Progetto

I due excursus precedenti sul *segreto* e sul *caregiving* sono stati necessari per fornire gli strumenti teorici per capire il senso del Progetto *Dalla casa alla RSA*.

I paragrafi che seguono hanno invece un carattere pratico e trattano del *Tempo di mezzo* e dei primi giorni dopo l'ingresso nella *Casa per Anziani*. Prendendo ad esempio una RSA della provincia di Milano che ha avviato un progetto sperimentale, verrà descritta prima la situazione abituale con le sue criticità poi una nuova organizzazione basata sull'*Approccio capacitante*.

3.1.La procedura preesistente

Un'impiegata amministrativa (segretaria) è addetta all'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP). E' a lei che la famiglia si rivolge per la prima richiesta di informazioni e per presentare la Domanda di Accoglienza.

Quando si libera un posto letto la segretaria, rispettando l'ordine della lista d'attesa, contatta la famiglia che ha fatto domanda e chiede se c'è ancora interesse per il ricovero (in media passano sei mesi dal momento della domanda al momento del ricovero).

Se la famiglia risponde affermativamente, la segretaria procede a svolgere le pratiche amministrative per il ricovero e nel giro di pochi giorni il nuovo ospite entra in RSA.

3.1.1.L'ingresso

L'ospite e i suoi familiari vengono accolti dalla caposala, dal medico di turno, dalla coordinatrice delle ASA e a rotazione dalle diverse figure professionali che si presentano (animatrici, fisioterapisti, ASA, volontari).

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

La visita medica viene effettuata immediatamente all'ingresso e in giornata viene fatto il primo bagno.

3.1.2. Le criticità

La procedura descritta sopra presenta varie criticità:

- Nel primo contatto con la RSA vengono messi in risalto soprattutto gli aspetti amministrativi, mentre quelli emotivi e relazionali restano in secondo piano.
- Durante il *Tempo di mezzo* (mediamente sei mesi) la famiglia resta abbandonata a sé stessa e la prefigurazione del ricovero si costruisce su dati immaginari piuttosto che su dati di realtà.
- Il momento dell'ingresso del nuovo ospite risulta
 - improvvisato, senza un'adeguata preparazione;
 - disorientante, a causa dell'eccessivo numero di operatori che si presentano nella prima ora;
 - eccessivamente medicalizzato e inadeguato per costituire il primo incontro con il nuovo luogo di vita per l'ospite;
 - spersonalizzante e violento, a causa del bagno e della nudità che vengono imposte fin dal primo giorno;
 - standardizzato secondo una procedura che non prende in considerazione le *Competenze elementari* del nuovo ospite (competenza a parlare, a comunicare, emotiva, a contrattare, a decidere).

In sintesi,

- il *Tempo di mezzo* è un tempo sprecato che si riempie di ansie e di false prefigurazioni;
- il primo impatto dell'anziano con la struttura può risultare traumatizzante.

3.2. Un Progetto innovativo

Il Progetto *Dalla casa alla RSA* è nato per trovare soluzioni adeguate alle criticità delle abituali procedure (o assenza di procedure) del *Tempo di mezzo*, ha come metodo di riferimento l'*Approccio capacitante* ed è finalizzato a un inserimento positivo del nuovo nucleo familiare nella *Casa per Anziani*: vuole contribuire a una *convivenza sufficientemente felice* tra operatori, familiari e nuovi ospiti.

3.2.1. Gli obiettivi del Progetto

Partendo dalle considerazioni esposte sopra, il *Progetto Dalla Casa alla RSA* vuole raggiungere i seguenti obiettivi:

1. Impiegare utilmente il *Tempo di mezzo* e valorizzare la grande tensione emotiva presente nei primi giorni e prime settimane di ricovero. In pratica questo obiettivo consiste nel
 - favorire il lavoro interiore di elaborazione del lutto da parte del familiare (Vigorelli 2012);
 - favorire il lavoro interiore di elaborazione del lutto da parte dell'anziano fragile (Vigorelli 2012);
 - creare la possibilità di affrontare con consapevolezza quella quota di sofferenza che è insita nella separazione, evitando sofferenze aggiuntive;
 - trasformare l'evento del ricovero in un'opportunità per una relazione rinnovata e sufficientemente felice tra familiare e anziano ricoverato.
2. Favorire un inserimento sufficientemente felice nella *Casa per Anziani*. Per raggiungere questo obiettivo l'*Approccio capacitante* propone di
 - riconoscere e tener vive le *Competenze elementari* dei familiari e dei nuovi ospiti, cominciando dal *Colloquio d'Accoglienza* (Vigorelli 2011, 2012).

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

3.2.2.L'articolazione del Progetto

Come illustrato schematicamente nel paragrafo precedente gli obiettivi sono di ampio respiro e richiedono un Progetto articolato che viene riassunto e confrontato con la situazione preesistente nella Tabella 1.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

Tab.1: Cambiamenti organizzativi e di metodo

<i>PRIMA DEL PROGETTO</i>	<i>CON LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO</i>
<i>Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) / Ufficio Accoglienza</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Gestione di tipo amministrativo (impiegata amministrativa). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Gestione di tipo relazionale (psicologa o addetta con formazione relazionale). ○ Nuova intestazione dell'Ufficio (viene denominato <i>Ufficio Accoglienza</i> e assorbe le funzioni dell'URP).
<i>Il Tempo di mezzo</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Un incontro mensile o quindicinale con i familiari in attesa di ricovero (gruppo informativo o Gruppo ABC).
<i>Un giorno (o pochi giorni) prima dell'ingresso</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Comunicazione della data dell'ingresso. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Colloquio di pre-ingresso: un breve colloquio telefonico o <i>vis à vis</i> per preparare l'ingresso.
<i>Il giorno dell'ingresso</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Presentazione di tutti i membri dell'équipe al nucleo familiare. ○ Visita medica. ○ Bagno integrale. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Nuovo ospite: primo incontro con la psicologa, poi con gli operatori e gli ospiti che via via intervengono per lo svolgimento delle attività di vita quotidiana. Viene preannunciato il <i>Colloquio d'accoglienza</i> del giorno successivo. ○ Familiari: colloquio con la caposala e la coordinatrice delle ASA. ○ La visita medica viene preannunciata e posticipata al pomeriggio. ○ Il bagno integrale viene preannunciato, negoziato e programmato per il giorno successivo.
<i>Il giorno successivo all'ingresso</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Colloquio d'accoglienza</i> con il nuovo ospite (anche in presenza di deficit cognitivi!). ○ Bagno integrale.
<i>Nei giorni/settimane successivi all'ingresso</i>	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Colloquio della psicologa con i familiari ○ Eventuale proposta di due colloqui per parlare del disagio del familiare riguardo alla

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI
(Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

	separazione dal proprio genitore/coniuge (colloqui strutturati e ispirati all'AAI). ○ Uno o due colloqui di restituzione.
--	---

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

3.2.3. La procedura rinnovata

Vengono descritti qui di seguito i momenti salienti della nuova procedura.

Il cambiamento nella URP

Il primo cambiamento organizzativo riguarda l'URP: è stata trasformata da un ufficio ad impronta amministrativa a un luogo deputato all'accoglienza con personale formato alla gestione delle relazioni interpersonali. Nel caso preso ad esempio si tratta di due psicologhe-psicoterapeute e una educatrice-counselor che svolgono anche altre funzioni e che si alternano nell'ufficio.

Ne consegue che il primo impatto della famiglia avviene in un ambiente recettivo, pronto ad ascoltare prima che a chiedere informazioni.

Anche la denominazione dell'URP viene cambiata e diventa *Ufficio Accoglienza*.

Il Tempo di mezzo

Il tempo che intercorre dal primo contatto dei familiari con la *Casa per Anziani* all'ingresso dell'anziano fragile in struttura dura alcune settimane o alcuni mesi.

Nella RSA presa ad esempio, il *Tempo di mezzo* dura in media sei mesi. L'équipe curante si è resa conto che le famiglie che prenotano un ricovero cominciano a vivere una situazione di disagio legata alla separazione dal congiunto già durante questo periodo, molto prima che la separazione avvenga nei fatti.

Per questo motivo un percorso ideale potrebbe essere costituito da incontri periodici in gruppo (rivolti ai familiari in attesa) per favorire l'emergere della parola, delle emozioni e del desiderio di partecipare, sia da parte dei familiari stessi (durante le sessioni di gruppo) che da parte degli anziani fragili (nella vita di tutti i giorni). In questo contesto potrebbero essere affrontati anche i problemi della separazione.

Nella sperimentazione in corso, invece, ci si è coordinati con un preesistente progetto che prevedeva interventi di sostegno psicologico al domicilio per le famiglie che hanno in casa un anziano fragile: la psicologa ha utilizzato questa opportunità per accompagnare i familiari nel percorso di cambiamento. In pratica si tratta di alcuni colloqui effettuati con il *caregiver principale*, quello cioè che convive o che segue più assiduamente il futuro ospite.

Il servizio viene offerto gratuitamente alle famiglie che presentano Domanda d'accoglienza in RSA.

La telefonata/il colloquio di pre-ingresso

Nel momento in cui si libera un posto letto la psicologa dell'*Ufficio Accoglienza* contatta la famiglia che ha fatto domanda e le chiede se è ancora interessata al ricovero. Se la risposta è affermativa le propone un colloquio di pre-ingresso. Se i tempi non lo consentono il colloquio viene fatto telefonicamente. Questo primo contatto consente una migliore presa in carico del nucleo familiare: brevemente si illustrano ai familiari le modalità con la quale verranno accolti il primo giorno. In particolare si spiega che nel momento dell'ingresso l'operatore si rivolgerà per primo al nuovo ospite, perché è lui che deve essere al centro dell'attenzione, anche se è demente e se non è in grado di parlare e comunicare in modo adeguato.

L'ingresso

Quando il nuovo ospite giunge nella *Casa per Anziani* con il familiare che l'accompagna, l'addetta all'*Ufficio Accoglienza* accoglie i nuovi arrivati rivolgendosi per primo all'anziano fragile, così come era stato preannunciato, e l'accompagna nella sua stanza. In questo primo incontro si limita ad accogliere, ascoltare, rispondere a eventuali domande e preannuncia che il giorno successivo ci sarà

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

un nuovo incontro con più tempo per parlare. Anche se il *Colloquio d'accoglienza* viene rinviato al giorno successivo per non interferire con le abituali procedure d'ingresso succede spontaneamente che già questo breve incontro sia di fatto un *Primo incontro capacitante*.

Nello stesso tempo, la caposala e la coordinatrice delle ASA accolgono i familiari accompagnatori e raccolgono le informazioni utili sull'ospite.

La visita medica viene spostata al pomeriggio, il bagno al giorno successivo.

Il Colloquio d'accoglienza

La modalità di conduzione del *Colloquio d'accoglienza* è già stata presentata nel libro precedente *Cinque minuti per l'accoglienza in RSA* (2012) e verrà sintetizzata nel Capitolo che segue.

Il tempo per i familiari

Già durante i primi contatti con il familiare, oppure più avanti quando lo ritiene opportuno, la psicologa propone al familiare di riferimento un paio di colloqui più approfonditi per affrontare il disagio che il familiare stesso prova in occasione della separazione del suo congiunto. Se vengono proposti e vengono accettati, i due colloqui vengono poi condotti in modo strutturato, per far emergere lo stile di attaccamento del familiare in due contesti: così come si è costituito a seguito del primitivo attaccamento con il genitore e così come si è poi manifestato nei confronti del genitore (o del coniuge) divenuto anziano. Per il colloquio viene utilizzato come metodo di riferimento un adattamento dell'Adult Attachment Interview – AAI.

Successivamente sono previsti uno o due colloqui per la restituzione al familiare di quanto emerso e per fornirgli gli elementi utili per proseguire un proprio personale percorso di elaborazione del lutto: la separazione infatti innesca comunque tale processo, che può però evolvere in modo più o meno favorevole per quanto riguarda il benessere del familiare e dell'anziano ricoverato.

3.2.4. Una chiave di lettura per il lavoro psicologico

Nella parte teorica introduttiva la *Teoria dell'attaccamento* è stata individuata come una chiave di lettura utile per spiegare il modo in cui un familiare assume il ruolo di *caregiver* e per comprendere la complessità sistemica nella quale si collocano il rapporto di cura e i problemi relativi alla separazione.

Riflettere sui concetti di *legami intergenerazionali*, *storia relazionale* e *stili di attaccamento* rispetto al proprio genitore permette di comprendere meglio il carico emozionale, le difficoltà e il disagio che un figlio riscontra nel momento in cui decide di ricoverare il proprio caro.

Nell'ottica dell'attaccamento si può favorire un inserimento positivo dell'anziano in struttura: la struttura stessa può porsi come nuova *base sicura* per l'anziano fragile, un luogo cioè (e delle persone) a cui affidarsi e con cui poter condividere domande, pensieri ed emozioni interenti alla nuova tappa di vita. Lo psicologo per primo, poi tutta l'équipe, si offrono come accompagnatori (professionali e partecipi) lungo il difficile percorso *Dalla casa alla RSA*.

Si ipotizza anche che tale procedimento possa migliorare la gestione delle problematiche che emergono nel familiare. Infatti il rapporto di attenzione e di accompagnamento instaurato dallo psicologo permette al *caregiver* di elaborare parti di sé legate alla scelta e al proprio ruolo, utilizzando come strumento di comprensione la riflessione sulla propria storia familiare e le relative dinamiche.

Al termine di un percorso ideale il *caregiver* (figlio, figlia, coniuge) può arrivare a

- riconoscere e sentirsi riconosciuto nel diritto a vivere la propria vita,
- riconoscere e fornire il riconoscimento delle sue *Competenze elementari* al proprio congiunto,
- gestire i propri sensi di colpa, senza negarli o proiettarli sul personale curante,

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

- continuare a essere grato e a volere bene al proprio congiunto,
- apprezzare il lavoro di cura degli operatori.

In altre parole il *caregiver* può arrivare a

- sentirsi un *caregiver sufficientemente buono* anche se sceglie l'inserimento in struttura del proprio caro.

4. Il segreto è necessario?

Questo capitolo si è aperto con alcune considerazioni sul *segreto* e prosegue tornando sull'argomento, nella convinzione che il *segreto* rappresenti un nodo fondamentale in cui si gioca la felicità possibile dei familiari, degli ospiti e degli operatori. Forse anche il disorientamento, la progressiva estraniamento e l'involuzione dementigena degli anziani fragili che vengono ricoverati.

4.1. Il patto del segreto

Lui non lo sa, ma non dteglielo perché soffrirebbe troppo. Questa frase compassionevole viene detta all'operatore che accoglierà l'anziano fragile: è un'esortazione ma anche un ordine. Poche parole da una parte e una risposta connivente dall'altra sono sufficienti per sancire un patto che coinvolgerà tutta l'équipe e che sarà determinante per gli anni successivi. Con queste parole si concorda tacitamente di non affrontare i problemi e le sofferenze legate al ricovero, si decide di non iniziare un percorso di consapevolezza che potrebbe restituire pace e dignità a tutti i protagonisti.

4.2. Una storia diversa

Le pagine precedenti in cui si è parlato di segreto, di attaccamento e del Progetto *Dalla casa alla RSA* costituiscono la base su cui cominciare a costruire una storia diversa, un percorso insieme, psicologo e familiare, dove

- al posto del segreto ci sia la consapevolezza,
- al posto dell'oscurità la chiarezza,
- al posto del disorientamento l'orientamento,
- al posto dell'estraniamento l'inserimento in una nuova realtà,
- al posto dell'involuzione dementigena la normale evoluzione della vita.

4.3. Un percorso insieme

Quando parlo di questa proposta durante i Corsi di formazione, sento che l'attenzione e le aspettative degli operatori hanno un'impennata. Spesso mi viene detto che la proposta dice quello che vorrebbero ma che non è possibile metterla in atto. E' vero. Nell'attuale contesto italiano ci sono numerosi vincoli che lo impediscono: una cultura diffusa che preferisce soluzioni di tranquillità nel breve periodo, il patto con il caregiver che viene subito stabilito, la pigrizia, il timore di affrontare la sofferenza del vivere, tutto influisce negativamente. Per riuscire a scrivere una storia diversa, con più dignità e meno demenza, è necessario iniziare un percorso innovativo, un percorso che deve essere fatto *insieme*, quando possibile, con il familiare, poi con l'ospite stesso. Questo libro, e questo Capitolo in particolare, vuole essere un contributo in questo senso.

4.4. Un segreto dietro il segreto

Il primo segreto da svelare non riguarda il ricovero (permanente) e l'anziano fragile. Svelare questo segreto, o meglio non costruire una falsa realtà fin dall'inizio, deve essere il risultato di un percorso preliminare che riguarda il familiare. E' lui per primo che di fronte alla sofferenza della separazione si rifugia dietro una falsa realtà.

Più sopra il patto del segreto è stato indicato con le parole stesse del familiare:

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

Lui non lo sa, ma non dteglielo perché lui soffrirebbe troppo.

A ben vedere il nascondere la prospettiva di un ricovero permanente è invece un *segreto secondario*.

Il patto del silenzio, implicito o esplicito, nasconde un altro segreto, più profondo e difficile da accettare:

Lui non lo sa, ma non posso dirglielo perché io soffrirei troppo.

E' questo il *segreto primario*, un segreto che non è noto neppure al familiare stesso e che lo costringe, inconsapevolmente, a costruire una storia falsa, una storia senza via d'uscita in cui lui per primo resta ingabbiato, trascinando con sé il proprio caro e gli operatori.

5. Alla ricerca di una via d'uscita

Quando l'operatore, lo psicologo, arriva a distinguere il *segreto primario* da quello *secondario*, vede aprirsi davanti a sé nuove possibilità: quello che prima sembrava impossibile (svelare il segreto) diventa possibile. Non facile ma possibile.

Una via d'uscita possibile e sostenibile la si può trovare se si affronta, per cominciare, il *segreto primario*. Si tratta di un lavoro interiore che solo il familiare può fare, se vuole farlo. Il compito dello psicologo consiste nell'accompagnarlo in questo suo percorso personale.

5.1. Il Riconoscimento della sofferenza

In questa sede ci limitiamo a mettere a fuoco l'inizio di un percorso. Lo psicologo ascolta il familiare, fa attenzione alle sue parole e in particolare a quelle che esprimono disagio, sofferenza, conflitti interiori. Poi, come di consueto per chi adotta l'*Approccio capacitante*, con le proprie parole restituisce al familiare il *Riconoscimento* della sua sofferenza.

Questo è il primo passo, è l'intervento che introduce una novità e che dà inizio a un cambiamento. A partire da questo primo passo, da questa esperienza di consapevolezza (della propria sofferenza) e di condivisione, il familiare potrà

- iniziare un lavoro psicologico personale, basato sul *Riconoscimento* ottenuto e sulla nuova consapevolezza;
- iniziare un percorso (breve) con l'accompagnamento dello psicologo, basato sull'*Alleanza terapeutica* che nasce dal *Riconoscimento*.

In questo secondo caso, la conoscenza della storia di attaccamento del familiare (v. pagine precedenti) può essere di guida per il lavoro comune.

6. La storia di Massimo

Viene qui presentato il resoconto di un caso: come spesso succede, la realizzazione pratica in parte si discosta dal protocollo per adattarsi alla situazione concreta.

6.1. Aprile: domanda d'accoglienza

Fiorenzo si reca all'*Ufficio accoglienza* della *Casa per anziani*: viene accolto dall'addetta di turno, una psicologa, e presenta la domanda di ricovero. Successivamente si presenta altre due volte per chiedere informazioni sulla graduatoria di accesso e incontra ancora la stessa psicologa oppure un'altra addetta, una counselor. Le due addette si scambiano sistematicamente le informazioni e si presentano come un'équipe ben coesa e collaborativa. In occasione del terzo incontro viene proposto un percorso di accompagnamento *Dalla casa alla RSA* che consiste in alcune visite a domicilio con brevi colloqui psicologici e un iniziale contatto con Massimo, il padre, futuro ospite. Fiorenzo accetta la proposta, ma prima che le visite inizino viene contattato dalla segretaria dell'Ente per l'ingresso.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

6.2. Settembre: colloquio di pre-ingresso

Il giorno prima dell'ingresso la referente dell'*Ufficio accoglienza* in turno (in questo caso una *counselor*) contatta Fiorenzo e lo invita a un *colloquio di pre-ingresso*. All'incontro partecipa anche la moglie.

L'addetta all'accoglienza spiega loro cosa avverrà il giorno successivo: lei stessa, con la caposala e la coordinatrice delle ASA, accoglierà l'intera famiglia. Tuttavia sottolinea con chiarezza che la sua attenzione sarà centrata su Massimo (non su di loro), mentre caposala e coordinatrice si recheranno in un'altra stanza con loro per raccogliere informazioni sul padre.

Durante il colloquio di pre-ingresso la *counselor* raccoglie un minimo di notizie biografiche sul padre, quanto basta per sapere chi avrà di fronte il giorno dell'ingresso.

Massimo è un uomo di 80 anni, vedovo da cinque, assistito a casa dalla badante e dalla nuora. Presenta segni di deterioramento cognitivo moderato-severo evidenziatisi dopo la morte improvvisa della moglie. Conserva l'uso della parola; deambula autonomamente. E' autonomo nell'alimentazione ma necessita di sorveglianza continua perché beve di tutto, anche i detersivi. Il *wandering* notturno è l'aspetto che rende la vita a casa insostenibile. Fiorenzo sottolinea il carattere dominante del padre, il fatto che va trattato con rispetto e sensibilità e che potrebbe avere delle reazioni adirate.

Un altro aspetto su cui insiste è il *segreto* con cui gli ha fatto accettare il ricovero: ha detto al padre che dovrà fare un periodo di riabilitazione (anche se la sua autonomia motoria non lo richiede) e ora chiede perentoriamente alla *counselor* di mantenere il *segreto*.

6.3. Settembre: ingresso nella Casa per Anziani

Massimo arriva accompagnato dal figlio, dalla nuora e dalla badante; nuora e badante restano in secondo piano, portano i bagagli in camera e sistemano gli effetti personali e la biancheria nell'armadio.

L'addetta all'accoglienza, come era stato preannunciato, accoglie Massimo appena varca la soglia della struttura. Lo aggancia con gli occhi e lo saluta per primo, stringendogli la mano. Si presenta con nome e cognome, come responsabile dell'accoglienza delle persone nuove che entrano in struttura. Massimo risponde al saluto e si presenta a sua volta; è un bell'uomo, alto, ben vestito, con un bel portamento.

Arriva la caposala che si presenta. La *counselor* invita Massimo a seguirla verso la stanza assegnatagli (anche il figlio li segue) poi, una volta arrivati, lo invita ad accomodarsi in camera per un breve colloquio mentre i figli consegnano la documentazione medica alla caposala.

Durante questo primo incontro l'addetta all'accoglienza *non fa domande* ma lascia che sia Massimo a parlare liberamente. Lui racconta di sé e lei *non lo interrompe*. Massimo ha un eloquio piuttosto rallentato, ma abbastanza coeso e coerente. Racconta soprattutto del suo lavoro, come responsabile di cantiere in giro per il mondo, soprattutto in Canada e in Sud Africa. Ricorda di avere incontrato tante persone, di culture diverse, mentre la sua famiglia lo aspettava a casa. Quando rientrava a casa passava dei periodi con loro.

Massimo racconta di sé, ma nel contempo appare disorientato riguardo alla situazione in cui si trova. La *counselor* coglie questo suo stato d'animo ma si sente obbligata dal patto del *segreto*. Con molta cautela gli dice che si trova in una casa di cura per un periodo non preventivabile; gli descrive la giornata tipo (sveglia verso le 7.30, colazione, fisioterapia, pranzo, riposo, pomeriggio con attività di intrattenimento...); gli anticipa che nel pomeriggio verrà visitato dal medico e che l'indomani farà il bagno. Massimo sembra comprendere tutto quello che viene detto, ma il dubbio di dove sia realmente gli *rode dentro*.

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

L'operatrice lo accompagna nel salone per il pranzo, in attesa che il figlio venga a salutarlo e gli presenta i vicini di tavolo. Un'ospite con evidenti disturbi psichiatrici va incontro a Massimo, lo abbraccia e lo bacia per dargli il benvenuto. Lui s'irrigidisce, sorpreso. Non appena il figlio Fiorenzo torna per salutarlo, Massimo in modo brusco gli chiede: *Dove cavolo mi hai portato?* Questa reazione turba il figlio, già gravato di sensi di colpa per la decisione del ricovero.

6.4. Settembre: i primi giorni in RSA

Il problema del *wandering notturno* si manifesta immediatamente. Massimo comincia a vagare in piena notte recandosi nelle stanze degli altri ospiti, spaventandoli. Questi si lamentano con il personale medico-assistenziale e viene prescritto un neurolettico. Dopo alcuni giorni di adattamento il *wandering* migliora: Massimo viene accompagnato a letto verso mezzanotte e dorme in modo abbastanza continuativo fino al mattino.

6.5. Colloqui psicologici ispirati alla Adult Attachment Interview (AAI)

Fiorenzo è figlio unico e colpisce fin dal primo incontro per la somiglianza fisiognomica col padre, in particolare per un angioma al volto che li accomuna; da subito appare sofferente e conflittuale riguardo alla scelta del ricovero. A questo punto viene seguito dalla psicologa con tre colloqui semistrutturati in cui è stata accolta la sua ansia e si è ottenuta una conoscenza più puntuale sull'ospite e sui rapporti padre-figlio. I colloqui sono stati ispirati all'AAI, opportunamente modificato, per indagare non solo lo stile di attaccamento del bambino Fiorenzo con suo padre, ma anche quello di Fiorenzo adulto col padre e dell'anziano padre con lui.

Il papà è una roccia

Massimo è un uomo con una storia ricca ed affascinante come imprenditore: ha lavorato fino a oltre settant'anni, viaggiando in giro per il mondo, spesso con la moglie, fino alla sua morte avvenuta cinque anni prima. È un uomo di grande esperienza, capace di adattarsi a situazioni difficili. Un *modello da seguire* e un *faro nella nebbia* per il figlio. Una figura concreta, autoritaria, determinata, abituata al controllo di persone e situazioni. Queste caratteristiche hanno creato nel figlio l'immagine di una roccia indistruttibile, rendendo impensabile di vederlo in difficoltà, debole, sofferente, bisognoso.

Anche il papà è fragile?

L'immagine idealizzata del padre è stata messa in discussione da due episodi, uno remoto e uno recente, che vengono raccontati da Fiorenzo. Nel primo si trovava in vacanza col padre nelle isole Azzorre quando il motore del motoscafo si è rotto, le onde incalzavano e i due rischiavano il naufragio. Il giovane Fiorenzo ha visto per la prima volta suo padre terrorizzato e ne è rimasto profondamente turbato: aveva visto vacillare la forza invincibile del padre.

Il secondo riguarda la reazione del padre alla morte improvvisa della moglie: è rimasto chiuso nello studio per una settimana, poi ha cominciato ad andare al cimitero più volte al giorno. L'immagine di forza e autonomia del padre ha subito un nuovo colpo: *da che è uscito non è stato più lui.*

Il papà presente/assente

Fiorenzo descrive il padre come una figura per lui importante. Ha sempre provveduto generosamente ai bisogni materiali della famiglia, è sempre stato presente nelle sue fantasie, ma di fatto era quasi sempre in viaggio, si assentava per periodi di mesi ed era tanto concreto da risultare affettivamente piuttosto freddo. Il vero punto di riferimento nelle diverse fasi della sua crescita è stata quindi la madre. Quando Fiorenzo racconta della lontananza del padre si percepisce che non

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

vuole che questo fatto appaia come una critica e cerca sempre di giustificare i comportamenti paterni. L'immagine del padre, come uomo indistruttibile che provvede alle necessità della famiglia, risulta idealizzata anche se Fiorenzo è di fatto cresciuto senza la sua presenza affettiva.

Il senso di colpa

Nei confronti dell'attuale scelta di ricovero Fiorenzo si mostra ambivalente: razionalmente si rende conto che è necessario, ma vive con senso di colpa il suo essere inadeguato a far fronte alle difficoltà che rendono necessario il ricovero. Vorrebbe che il padre tornasse ad essere una roccia e un modello e vive con senso di colpa la sua fragilità e la sua malattia. Si sente impotente davanti alla sofferenza paterna, recrimina ogni scelta e rimette continuamente in discussione l'inserimento in struttura. Dice che il ricovero in RSA è un atto lesivo nei confronti del padre, d'altra parte non vuole sacrificare la sua vita personale e familiare per seguirlo 24 ore su 24.

Gli interventi della psicologa

La psicologa ascolta il racconto di Fiorenzo e gli restituisce i *motivi narrativi* del suo dire:

- *Mio padre è una roccia*
- *Mio padre è fragile*
- *Mio padre ha sempre provveduto alla famiglia*
- *Mio padre è stato molto lontano dalla famiglia*
- *Quando avevo bisogno, mio padre era lontano e c'era la mamma*
- *Mi sembra di essere io il colpevole della malattia di mio padre*
- *Io mi sento un figlio ingrato*
- *Io sono anche un padre e un marito*
- *Io voglio vivere la mia vita*
- *Io vorrei fare l'impossibile*
- *Io non posso fare l'impossibile*

Sofferenza del padre o del figlio?

Durante un colloquio parla della sofferenza del padre quando cammina nel giardino della struttura invece che in uno sterminato bosco canadese, poi precisa che il padre non sarebbe in grado di farlo e forse non sarebbe neanche in grado di cogliere la differenza; si rende conto che è lui figlio che ne soffre, pensando al padre sportivo ed esploratore. Questo shift dai sentimenti del padre a quelli propri permette di agganciare il discorso sul *segreto*. Fiorenzo si rende conto che la scelta di spiegare il ricovero al padre come un breve ciclo riabilitativo è legato al bisogno di proteggere se stesso dal senso di colpa: in realtà lo ha fatto per evitare una sofferenza a se stesso piuttosto che al padre.

Si viene così a creare uno spazio di pensiero in cui Fiorenzo per la prima volta affronta i problemi connessi al ricovero del padre e al *segreto* come *problemi propri*. In altre parole Fiorenzo svela a se stesso quello che nel paragrafo 4.4 abbiamo denominato *segreto primario*.

Il passo successivo

Dopo essersi permesso di svelare il *segreto primario*, Fiorenzo si rende conto che ha fatto il possibile per assistere il padre a casa, ma che oramai il ricovero era necessario e accetta, lui per primo, la nuova situazione.

Uno sguardo plurigenerazionale

Tratto da ARIA NUOVA NELLE CASE PER ANZIANI (Vigorelli P. , Edizioni FrancoAngeli)

Nel terzo e ultimo colloquio Fiorenzo aggiunge che lo stesso padre non avrebbe mai voluto che lui sacrificasse la sua vita per curarlo, come a sua volta lui ha fatto con la propria madre (nonna di Fiorenzo) e come Fiorenzo stesso, in quanto padre, non vorrebbe mai vedere sua figlia *massacrata dai sensi di colpa per le scelte fatte o sacrificante tutta la sua vita per curarlo*.

Comincia quindi a pensare che può essere un bravo figlio anche se ricovera il padre nella *Casa per Anziani*.

6.6.Follow up dopo 7 mesi

Il giorno 15 novembre Massimo cade e si frattura il femore. Dopo due giorni viene operato. Fiorenzo parlando con la caposala della RSA dice: *in ospedale non è come qua da voi... lì non si può parlare con nessuno*.

Il giorno dopo l'operazione, quando la *counselor* telefona a Fiorenzo per chiedere notizie, questi dice: *L'operazione è andata bene. I medici mi hanno detto che tra pochi giorni verrà dimesso. Per il trasporto con l'ambulanza noi abbiamo la nostra, vero?* (si riferisce alla convenzione che la RSA ha con il Pronto Soccorso) ... *beh, dico "nostra" perché ormai siamo tutti una famiglia!* (ridendo)