

L'ETA' ANZIANA

Descrivere le caratteristiche dell'età anziana significa confrontarsi con stereotipi e generalizzazioni irreali. Non c'è cosa peggiore: stereotipi e pregiudizi incidono sulla possibilità dell'anziano di ricercare una nuova identità. Se le persone che gli stanno intorno gli rimandano un'immagine di "malato", "incapace", "brutto" egli tenderà ad adeguarsi ad essa.

L'atteggiamento quindi per comprendere e operare con gli anziani è esaminare il rapporto fra **quel determinato anziano in quella determinata società** (è opportuno far riferimento alle situazioni della persona e non all'età anagrafica).

Non si può comunque negare che la persona anziana è in una fase che richiede **ADATTAMENTO** a causa di difficoltà in diverse sfere:

- biologica (il corpo e la sua funzionalità si modifica)
- cognitiva (memoria, pensiero, apprendimento, ecc.. si modificano)
- sfera relazionale (rapporti con la famiglia e la società diventano più difficili)

Come affermava **Erikson** la capacità di affrontare questa età dipende dalla qualità della vita psichica precedente (vale a dire come sono state vissute le altre fasi e da come sono stati superati i periodi di crisi) . Il periodo della vecchiaia è il momento in cui la persona fa un resoconto e una valutazione della propria vita. Si chiede se la sua vita abbia avuto un senso per sé e per gli altri, se abbia fatto quanto era nelle sue possibilità per dare una direzione agli eventi, se abbia raggiunto il massimo delle proprie potenzialità. Questo comporta anche l'accettazione dei limiti della vita, della morte, così questo momento è visto con *saggezza*.

L'anziano che si trova alla fine della propria esistenza ed è profondamente insoddisfatto di ciò che è, di ciò che ha fatto, vive con disperazione il momento della vecchiaia perché si rende conto che non c'è più tempo per rimediare agli errori. Cova *rancore e disprezzo* nei confronti del mondo, ma soprattutto nei confronti di sé stesso.

Il miglior modo per affrontarla sarebbe attraverso la rievocazione di parti di sé, della propria vita attraverso una ricostruzione autobiografica senza biasimarsi su cosa si poteva o non poteva fare, ma rispettando la unicità e soggettività della propria vita.

Nell'età anziana spesso si verifica una riproposizione della **crisi d'identità** in relazione a due fenomeni:

- 1) la velocità con cui si sviluppano le conoscenze, si modificano usi e costumi, cambiano i modelli di riferimento. (quando fa un paragone con la propria realtà passata l'anziano può sentirsi smarrito, privo di ancoraggi in quanto la realtà odierna gli è estranea e spesso non ha strumenti culturali che gli permettono di sentirsi parte attiva nei processi di cambiamento).
- 2) Lo sradicamento dalla famiglia, dalle amicizie che si verifica per effetto dell'allontanamento dai figli, smembramento delle famiglie a causa di lutti o separazioni, traslochi abitativi o istituzionalizzazioni. (in questi casi è facile si propongano vissuti d'ansia o depressione).

..... **gli aspetti psicosociali...**

Con l'invecchiamento è probabile che si verifichi una situazione di **emarginazione sociale**; i fattori che la determinano possono essere :

▪ soggettivi:

- la percezione che l'individuo ha della propria condizione
- lo stato di crisi dovuto al pensionamento (cambia lo stile di vita, il prestigio sociale, il reddito)
- il rapporto mutato all'interno della propria famiglia
- la reazione dei familiari di fronte ai problemi relativi all'età dell'anziano
- la minore o maggiore ampiezza di interessi della persona
- il tipo di amicizie e conoscenze che accompagnano questa fase di vita

• oggettivi:

- il posto in cui vive l'anziano (vicino o lontano da negozi, centri ricreativi ecc..)
- se le amicizie o i figli vivono vicino o lontano
- la presenza o assenza di malattie che ostacolano l'autonomia
- l'ammontare della quota pensionistica

Al contrario, **I fattori predittivi** (che incidono sul suo benessere psicofisico) **di una "sana" anzianità:**

- reddito
- stato coniugale
- salute
- personalità
- relazioni sociali
- religione
- storia personale

....alcune caratteristiche riscontrate in molti anziani (non tutti!!!)

♦ Tendenza "centripeta" : tendenze che inducono l'individuo a diminuire progressivamente le energie mentali impegnate nelle relazioni sociali, nel mantenimento dei ruoli, nel rispettare le aspettative sociali per spostare la propria attenzione dal mondo esterno al proprio mondo interno.

♦ attaccamenti esclusivi : verso oggetti, animali, familiari per colmare le proprie insicurezze; come se questo attaccamento alle cose fosse un segno dell'attaccamento alla vita.

♦ abitudinarietà: come se la vita quotidiana fosse scandita da rituali, routine la cui ripetitività dà sicurezza. (anche se ciò può essere disadattivo perché radica nel passato!)

♦ eccessiva dipendenza: affida spesso a qualcun altro la risoluzione delle proprie difficoltà.

♦ senso di solitudine : che se è espressione della noia, di desiderare qualcosa e non sapere cosa, con un senso di vuoto e apatia, è dominato dall'*angoscia*; in altri casi se "ricercato", e vissuto come relax, silenzio , allontanamento da troppi stimoli, può essere un'occasione per ripensare a sé stessi e sarà dominato da *tranquillità*.

♦ vittime di stereotipi legati alla sessualità spesso i figli non accettano la scelta dei genitori anziani (rimasti senza compagna/o) di una nuova convivenza negandogli una sessualità.

♦ confronto con la malattia: (anche se la malattia non è prerogativa degli anziani spesso risveglia in loro sentimenti e vissuti diversi dalle persone giovani; emergono più paure e dubbi sulla guarigione, che alimentano ansie). Inoltre spesso l'anziano ha più attenzione per le parti malate del corpo che su quelle sane.

♦ il ruolo all'interno della famiglia: emergono "conflitti" per la lotta di potere; i figli ormai adulti li relegano al ruolo di figli. (gli anziani possono sperimentare un senso di inesistenza, non si riconoscono più in ruoli che avevano fino a quel momento sperimentato).

♦ in coppia ci sono difficoltà a costituire un nuovo modo di stare insieme

...il malato terminale...

La studiosa Elisabeth Kubler Ross pone come premessa psicologica per il morente e per chi lo assiste la "congiura del silenzio" con la comunicazione esplicita della prognosi della malattia.

Molti sono scettici al riguardo; sicuramente nel caso in cui il paziente lo richiede esplicitamente non vanno dette mezze bugie o verità, ma adottare la *gradualità*.

In un caso così "estremo" molti equilibri esistenziali vengono improvvisamente frantumati ed il malato sperimenterà diverse fasi (con variazioni soggettive per intensità, ordine e numero):

- 1) fase di rifiuto
- 2) fase di collera

- 3) fase di contrattazione
- 4) fase di depressione
- 5) fase di accettazione

.....Come valutare la salute ?

Lo stato di salute è determinato contemporaneamente da 3 aspetti:

- 1) la salute fisica
- 2) il benessere socio-ambientale
- 3) il benessere psico-affettivo

aspetti che concorrono a pensare alla salute (in base a questa nuova definizione dell'OMS), a un **benessere bio-psico-sociale**. Ora la tendenza è di procedere ad una valutazione multidimensionale che diviene di pertinenza dell' **Unità Valutativa** composta da un'equipe multiprofessionale (medico, psicologo, assistente sociale, ecc..)

La valutazione multidimensionale ha l'obiettivo di definire lo stato di salute dell'anziano.

Con il termine "valutazione" si intende l'analisi accurata delle capacità funzionali e dei bisogni che la persona presenta a vari livelli:

- **biologico e clinico** (stato di salute, segni e sintomi di malattia, livelli di autonomia, ecc..)
- **psicologico** (tono dell'umore, capacità mentali superiori, ecc..)
- **sociale** (condizioni relazionali, di convivenza, situazione abitativa, economica, ecc..)
- **funzionale** (disabilità: capacità di lavarsi, vestirsi, ecc..)

Ognuno di questi livelli si effettua tramite indagini cliniche o batteria di test.

Il programma di intervento sarà altamente personalizzato .

Quindi: la valutazione vera e propria è a carico dell' Unità Valutativa ed in base ai provvedimenti presi per migliorare la condizione di vita della persona, il programma sarà articolato e gli interventi richiesti abbracceranno aspetti sanitari, assistenziali, sociali.

Per esempio in questa ottica si potrebbe valutare se ci troviamo di fronte ad un "anziano fragile".

...chi è l'anziano fragile?

Colui che presenta queste caratteristiche

- età avanzata
- disabilità a diversi gradi
- presenza di sindromi geriatriche
- problemi di tipo socio-economico

Per valutare il livello funzionale alcuni batterie di test famosi sono:

BADL (attività basilari per un minimo di autosufficienza es. l'igiene personale)

IADL (attività strumentali per mantenere l'indipendenza es. "maneggiare" il denaro)

AADL (attività non indispensabili per una vita autonoma ma contribuenti a mantenere una alta qualità della vita es. sport)

.....se l'anziano ha bisogno di assistenza?

Sarebbe preferibile per l'anziano l'assistenza dei familiari, coloro che hanno cresciuto, che fanno parte della loro vita. D'altra parte gli stessi familiari desidererebbero altrettanto ... ma occorre essere realisti: spesso assistere un anziano può essere fonte di conflitti e di stress all'interno della famiglia perché:

- vivere con un anziano non autosufficiente comporta un peggioramento sia sul versante del benessere psicologico, sia sulla qualità della relazione tanto per l'assistito quanto per la famiglia
- è faticoso e stressante
- alle volte è necessario riscontrarsi con l'ostilità dell'anziano e questo può essere ulteriormente frustrante

- le conseguenze sulle abitudini di vita sono vissute con particolari difficoltà (ci vuole una completa riorganizzazione).

Se la persona da assistere è *demente* comporta elementi di crisi ancora più acuti, nuove dinamiche relazionali (il genitore diventa figlio e spesso non lo si riconosce per com'era) e un supporto psicologico e concreto alla famiglia è doveroso.

La stessa capacità di accettare serenamente il rapporto con il malato dipende dalla capacità di avere una percezione oggettiva delle condizioni e dei bisogni del malato.

La famiglia dovrà essere informata sulle caratteristiche della malattia, su come andrà evolvendo, sui sintomi che la caratterizzano e sugli adattamenti che impone alla famiglia. Le **emozioni** che più facilmente sono sperimentate dalle persone che si assumono questo carico assistenziale sono:

- depressione
- rabbia
- imbarazzo
- solitudine
- senso di colpa

Come già detto sarebbe utile e alle volte è indispensabile il **supporto dei servizi**. Sicuramente l'età anziana è una delle categorie che più richiede assistenza a domicilio. A seconda degli obiettivi, della autosufficienza o meno, del supporto morale e materiale della famiglia, ecc.. ci sono diverse opzioni di interventi:

- 1) DOMICILIO
 - assistenza domiciliare
 - assistenza domiciliare integrata
 - ospedalizzazione a domicilio
- 2) DAY HOSPITAL GERIATRICO
- 3) CENTRO DIURNO PER ANZIANI
- 4) STRUTTURE RESIDENZIALI
- 5) CASE ALBERGO
- 6) CASE DI RIPOSO
- 7) R.S.A
- 8) RESIDENZE PROTETTE (STRUTT.PROTETTE PER NON AUTOSUFFICIENTI)

Partiamo dal presupposto che il ricovero crea inevitabilmente una condizione spiacevole a qualsiasi età. In particolar modo nell'anziano è come una *dichiarazione esplicita e definitiva di bisogno di aiuto e di assistenza* per la sua non capacità autonoma di prendersi cura delle proprie cose e di continuare a vivere a casa propria. Per questo spesso l'anziano rifiuta il ricovero:

- per mantenere la propria indipendenza
- per mantenere la propria dignità
- per mantenere la propria affermazione di sé stesso

Nei casi in cui le condizioni dell'anziano lo permettono è positivo un servizio di assistenza domiciliare perché **l'anziano nel suo ambiente vive meglio**.

Se l' "ospedalizzazione" (il ricovero) è necessaria , per svariati motivi, *quale sarà il modo migliore degli operatori per relazionarsi e fare il meglio per egli?*

-cercare di evitare l'anonimato

-aiutare l'anziano a personalizzare la propria stanza per farlo sentire nel suo ambiente

-stimolarlo nella cura della sua persona e dell'abbigliamento

Nel fare ciò l'operatore non dovrà curare questi aspetti con eccessiva indulgenza perché sono importanti per favorire nell'assistito l'autonomia e mantenere in uso le capacità residue (un uso

delle funzioni "sane" aiuta il recupero fisico e di conseguenza aiuta a mantenere un buon stato psicologico)

Fare sentire l'assistito aiutato ma farlo sentire capace (non iperproteggerlo)

Se l'anziano è rimasto solo, essere consapevoli di essere l'unico punto di riferimento

Spesso l'anziano che sente di perdere la propria vita reagisce con aggressività o depressione.

Nel primo caso l'operatore potrebbe cercare di "distrarlo" con attività alternative che lo impegnino; nel secondo caso dandogli più attenzioni e fargli sentire la vicinanza emotiva.

