

Zeitschrift: Quaderni grigionitaliani
Herausgeber: Pro Grigioni Italiano
Band: 63 (1994)
Heft: 1

Artikel: Cultura della salute e terza età
Autor: Luban-Plozza, Boris
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-48872>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 30.11.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Cultura della salute e terza età

Gli effetti dell'invecchiamento; l'attenzione e gli obblighi dei parenti stretti, l'imperativo categorico di rifornirsi tutti di solidarietà in quantità massicce; le strategie da mettere in atto per evitare l'emarginazione e il vuoto e garantire invece l'autonomia e l'inserimento sociale, che sono le premesse fondamentali per la migliore qualità di vita dell'anziano. E la medicina? Indispensabile la collaborazione tra i medici specialisti, da proporre in termini di prevenzione e di conservazione della salute, e il medico generico quale conoscitore e protettore dell'anziano come individualità unica e irripetibile, ai fini di «un'arte che considera l'interezza della persona e non soltanto «fette» o «fettine» di uomo».

Queste le considerazioni del Prof. Dr. h.c. Boris Luban-Plozza, vicepresidente della Fondazione Pro Senectute svizzera, per l'«anno dell'anziano 1993».

1) Dimensione relazionale e psicosomatica

Una revisione critica della medicina si configura nella *dimensione relazionale* e formativa incentrata sul rapporto medico-malato o, più compiutamente, medico-malato e ambiente. Da strettamente privato, il lavoro terapeutico diventa pubblico ed entra negli ospedali dove, per le loro strutture, il ricovero è vissuto sempre con ansia, maggiore nei grandi centri clinici, minore negli ospedali di comunità più ristrette, come una recente ricerca ha dimostrato.

Se fra paziente e medico - soprattutto medico generico avviene l'incontro, nella relazione terapeutica (che è relazione umana) prende corpo il concetto di unità psichosoma che l'ha ispirata. Per aiutare davvero il malato, è pertanto necessario valutare in modo corretto anche le sue *emozioni*, presenti o remote; in esse, infatti, dobbiamo ricercare la causa dei disturbi funzionali (cioè non causati da lesioni anatomiche) e, non raramente, di malattie conclamate come l'ulcera duodenale, l'ipertensione arteriosa o l'asma bronchiale. Le condizioni psichiche che si articolano in quelli che si usa denominare «stati conflittuali» o «complessi» sono altrettanti eventi in grado di funzionare come stimoli perché una situazione psicosomatica s'innesci: per questo si parla di «eventi stimolo», o fattori scatenati, in virtù dei quali una determinante situazione emotiva si ripercuote, prima transitoriamente, poi permanentemente sul corpo (soma).

Questa *medicina relazionale* si rivolge anche al *malato cronico*, al malato terminale, a colui che, esaurito l'impegno del sintomo fisico, pone sul tappeto non solo il *sensu* della *sua vita* ma di quella del terapeuta che gli sta vicino.

In tale contesto la *medicina psicosomatica* si rivolge oggi soprattutto al *paziente anziano* e al medico che lo cura*.

Alcune premesse ambientali (famiglia e lavoro) costituiscono il terreno favorevole al

* *Il malato psicosomatico e la sua cura*, B. Luban-Plozza, W. Pöldinger, F. Kröger - Astrolabio Editore, Roma, 1992

verificarsi di determinati stati emozionali; questi suscitano una risposta corporea, ed è spesso evidente il nesso causale che collega stimolo e risposta, poichè questa cessa con il cessare di quello. Il passaggio da una risposta momentanea all'autentico stato di malattia organica è determinato dalla cronicizzazione (ripetizione per un numero incalcolabile di volte o stabilizzazione) dello stimolo emotivo di partenza, che implica ovviamente il ripetersi anche della medesima risposta fisica, organica. Le forme di reazione all'evento stimolo non sono però sempre eguali. In alcuni casi può trattarsi di una risposta immediata: è allora che la manifestazione viscerale insorge mentre ancora ne perdura la causa. Se ne può accorgere anche il più superficiale degli osservatori, e se ne rende conto persino lo stesso paziente, dati gli evidenti e tempestivi messi di causa effetto, come quando si ha una crisi di batticuore per uno spavento o un attacco di diarrea in seguito a un'emozione improvvisa. Ma la reazione può anche essere ritardata: il paziente, allora, sopporta per un certo periodo di tempo la tensione angosciosa provocata in lui dall'evento-stimolo (per esempio, una situazione familiare incresciosa, faticosa da portare avanti). La sopporta, la tiene a bada, la «incassa». Successivamente, però compare la disfunzione viscerale, quando l'ansia non riesce più a contenersi o ad esaurirsi in sospiri, lacrime, lamentele o scenate; essa si scarica allora sui così detti «*organi-bersaglio*», con disturbi più o meno marcati.

2) La fragilità emotiva genera insicurezza e angoscia

Un altro tipo di reazione è quello che si può chiamare di somatizzazione, rappresentato da una specie di reazione a catena, tra fatti fisici (somatici) e fatti emotivi (psichici): lo spunto, allora può avere origine fisica. Si tratta, di solito, di una malattia grave, tale da suscitare di per sé un forte stimolo emotivo, com'è il caso di un infarto miocardico; dal fatto di essere stato vittima di un evento organico morboso, che ha messo a repentaglio la sua vita, il paziente trae inconsciamente motivo per apprensioni, paure, perplessità, angosce dalle quali rimbalza nuovamente sul fisico una situazione peggiorativa di squisito carattere psicosomatico.

È il così detto quadro clinico di «insicurezza organica», con sfumature di alti e bassi più o meno intrecciate e continue e come tali logoranti, deprimenti, aggravanti le già precarie condizioni del paziente; il quale crede, poi, di essere in sostanza più malato di quanto non sia; o non crede mai fino in fondo alla propria guarigione e alle sue reali possibilità di reinserimento sociale. Questo quadro di «insicurezza organica» è tipico dei nostri tempi e sta alla base di molte forme di invalidità più presunte che reali. Il malato convinto spesso riesce a convincere anche gli altri di non essere più una persona normale, di non avere più risorse combattive, di diventare in sostanza un emarginato irrecuperabile. Specialmente per l'anziano, il corpo diventa una specie di «strumento espressivo», per mezzo del quale - sempre inconsciamente - egli traduce simbolicamente bisogni, desideri, timori, contrasti che generano uno stato di ansia il quale, tuttavia, non riesce a manifestarsi come tale, ma va via via mutando, tra i vari apparati e i vari visceri del corpo, quello che meglio può esprimerlo. In altre parole, quando un'emozione non riesce a sfogarsi nella parola o negli atti e cioè secondo codici tradizionali, il corpo trova il modo di esprimere la tensione psichica mediante un disturbo fisico. Ciò corrisponde al «biglietto da visita» per andare dal medico.

L'antico detto che lo studio rigenera il cervello ha un suo fondamento di verità, soprattutto se riferito all'inizio dell'apprendimento, quando determinati stimoli provocano un maggiore sviluppo delle sinapsi neuronali, realizzando una sorta di attivazione-protezione di specifiche aree cerebrali, meno aggredibili in futuro da un processo degenerativo (un po' come quei motori che se ben «rodati» durano più a lungo).

Si può diagnosticare un deterioramento cognitivo lieve, moderato, grave e negli stadi successivi, anche degenerazioni mentali vere e proprie.

All'evoluzione delle neuroscienze ed alle loro conquiste sarà possibile affrontare in futuro questi problemi, ma per ora gli interventi possibili risultano prevalentemente assistenziali, e l'apporto delle famiglie è fondamentale.

Il riconoscimento della «normalità» dei disturbi cognitivi naturalmente insorgenti nell'anziano può fornire un beneficio psicologico e sociale importante: un ampio e sempre crescente numero di anziani è infatti letteralmente terrorizzato dal pensiero di star sviluppando la demenza di Alzheimer, solo perché la loro memoria va declinando. Le ricerche condotte per anni in tanti centri specializzati (Memory Clinics) nel mondo hanno invece dimostrato che il più delle volte si tratta di persone con normale decadimento, in relazione alle capacità della giovinezza, dovuto all'età. Il sistema nervoso dell'uomo e degli altri vertebrati è infatti un sistema «chiuso», nel quale le cellule nervose (neuroni) non possono essere sostituite. Il vantaggio di un tale sistema consiste nel fatto che le informazioni acquisite nel tempo - e codificate in un ancora misterioso meccanismo elettrochimico di collegamenti neuronali - persistono per tutta la vita sotto forma di «memoria»; lo svantaggio consiste nel fatto che, a mano a mano che il sistema, invecchiando, si logora o viene danneggiato, la sua capacità funzionale declina, non essendoci possibilità di ricambio. Si tratta di un naturale declino - come quello della vista - su cui la medicina vuole però poter intervenire.

3) Anelli delle qualità di vita

Autonomia, socializzazione e reinserimento sono tre anelli indivisibili per raggiungere l'apice del ben vivere da anziani, che è poi quello della qualità della vita e dell'inserimento sociale. Senza queste componenti decisive, la vecchiaia non sfugge al destino dell'emarginazione, del vuoto affettivo e della solitudine, che crescono in proporzione all'assenza o all'allontanarsi dei *familiari*. Fondamentale è la *loro collaborazione*. I parenti stretti sono proprio, ed inevitabilmente, fra i primi ad accorgersi se l'anziano comincia a «perdere colpi» ed ha un crescente bisogno di essere confortato, assistito e assicurato.

La dipendenza dagli altri si accentua se manca questo terreno di disponibilità e di accoglienza nel sistema familiare; frana gran parte del castello di teorie che circolano sugli anziani: in una parola siamo per la *solidarietà*, della quale bisognerà rifornirsi in quantità massicce per coprire il fabbisogno del futuro. Ne occorreranno infatti cospicue riserve in quanto il terreno umano presenta segni di aridità estensiva. Ognuno dovrà sentirsi interlocutore coinvolto in prima persona: sia per essere pronti dentro le pareti domestiche sia per esprimere e donare quell'umanità che si dirada a mano a mano che ne sale la richiesta (G. Zois).

Le cose della pratica quotidiana, sono estremamente complicate. Si dà il caso di pazienti psicosomatici che possono, in seguito a cure appropriate, guarire dei loro malanni

fisici, pur restando potenzialmente malati, dato che il loro intimo stato conflittuale non è per nulla risolto. Allora lo squilibrio psichico cerca subito altre vie per manifestarsi e sostituisce all'organo o all'apparato già noto e già convenientemente curato un altro organo o un altro apparato, per coì dire «inedito». È la situazione del paziente sofferente di reumatismo psicosomatico che, curato a fondo con farmaci moderni in apparenza guarisce: i dolori cessano e le articolazioni si sciolgono. In breve tempo, però egli può diventare inspiegabilmente un iperteso - per esempio - perché la sua psiche avrà «spostato il tiro» su di un altro bersaglio somatico, scegliendo come «mezzo espressivo» l'apparato circolatorio anziché quello locomotore.

È chiaro allora quanto sia difficile orientarsi in questo ginepraio di possibilità, quanta esperienza e quanta sensibilità siano necessarie al medico per non imboccare strade sbagliate.

Il sintomo psicomatrico assume quindi, spesso, anche un chiaro significato «difensivo». Così si possono spiegare le, «resistenze» che i medici trovano, durante le cure, nei malati: trincerati dietro il paravento delle loro infermità, questi tentano infatti con ogni mezzo di non esserne deprivati. Per questo è stato detto che il malato di una forma psicosomatica è un po' come un naufrago che, durante la notte di burrasca, sia riuscito finalmente a raggiungere uno scoglio. All'alba, anche se è tornata la bonaccia e se la riva è ben visibile a poche bracciate di distanza, non osa più abbandonare lo scoglio che nell'oscurità lo aveva salvato e vi rimarrà abbarbicato, con tutte le sue forze, come un'ostrica.

4) Capire il malato anziano

D'altra parte, ciò che il paziente racconta di se stesso o esprime con il suo linguaggio del corpo, non è solamente anamnesi e sintomatologia ma anche *storia*.

Nel momento stesso in cui avviene l'incontro tra il medico e il paziente, si attualizzano sia il passato biologico del malato (anamnesi) che la storia delle sue relazioni interpersonali.

Le potenzialità terapeutiche dell'atto medico trascendono i limiti convenzionali del corpo ed includono la sfera psichica. In realtà, ciò avviene sempre. La novità scientifica sta però nella presa di coscienza, da parte del medico, della natura complessa del suo gesto. Il mutato atteggiamento del medico facilita l'istaurarsi di una relazione simmetrica. Il malato diventa protagonista del proprio processo di guarigione; la malattia viene ad assumere configurazione e orientamento evolutivo nuovi. La comprensione del malato mediante l'identificazione che presuppone il superamento dei meccanismi di difesa fonda un nuovo modo di fare medicina, un nuovo modo di fare il medico.

Il medico è modificato dall'incontro con il paziente così come il paziente lo è dall'incontro con il medico, seppure in misura e con modalità sicuramente diverse: il contributo epistemologico alla soluzione del problema del «salto misterioso dalla mente al corpo» consiste precisamente nell'elaborazione di una nuova metodologia del rapporto medico-paziente ed è verificato nella sua validità dai risultati clinici. Sir John Eccles (Premio Nobel di Medicina e cittadino onorario di Tenero-Contra) parla sempre - da profondo conoscitore - di *mistero del cervello umano*.

Non si può ignorare l'indirizzo individualistico ed organicistico che da sempre im-

pronta l'Università e che può creare situazioni di inadeguatezza: frammentazione dell'attività dello studente e del medico, polarizzazione della loro attenzione sulla patologia d'organo.

Tutto questo non aiuta né lo studente né il medico a passare dallo stadio del «buon senso» nella comprensione del malato ad una dimensione più aperta e più critica, decondizionata dalle contraddizioni del suo tempo ma di esse consapevole.

Sarebbe però ingiusto non riconoscere la progressiva penetrazione dei problemi posti dalla relazione psicologica, le istanze a passare da un rapporto di servizio ad un rapporto interpersonale, nell'ambito dei medici generici, dei medici nell'ospedale, degli studenti all'Università. Dev'essere impegno di tutti favorire proprio queste tendenze, così che si possano ridurre le barriere dell'individualismo e del separatismo, qualunque sia la disciplina in cui essi ancora dominano.

Studente e medico devono innanzitutto essere *informati* non unilateralmente, nel chiuso di una sede di studio, di un'istituzione o di una pratica pressata dall'azione; e *formati* ai problemi posti dalla relazione con il malato ed il suo ambiente nel suo ambiente. Ci si aspetta che il medico sia in varia misura aperto al coinvolgimento emotivo, indispensabile alla comprensione dell'altrui sofferenza; che perciò eviti di usare come forma di difesa le proprie conoscenze tecnico-biologiche. Il terapeuta deve saper usare quella *mobilità di distanza* che gli consente una medicina di *costante accompagnamento*, attenta alle dinamiche della malattia ed al recupero degli elementi positivi, somatici e psichici rivelatisi nel suo corso. Ciò richiede un diverso comportamento, soprattutto attitudine alla comunicazione.

Il medico deve essere consapevole che il suo rapporto con il paziente in genere e con il paziente psicosomatico in particolare ha sempre e comunque una componente che potremmo chiamare «psicoterapeutica».

Di conseguenza, l'interazione con il malato, anche quando viene effettuato solo un intervento diagnostico o prescritto un farmaco, ha profonde conseguenze sul suo stato emozionale e, di conseguenza, sul decorso del suo disturbo.

5) Farmaci a misura di paziente

Bisogna tener presente, nella prescrizione, che si deve non solo adattare l'uomo al farmaco, ma anche il farmaco all'uomo. Occorre quindi considerare le caratteristiche individuali del soggetto, l'età, il grado di sviluppo delle malattie, ma soprattutto la diffidenza del paziente verso la formulazione arida, impersonale, delle preparazioni industriali. Ogni malato si ritiene un caso unico e tende a esigere un rimedio individuale.

Una prescrizione ben equilibrata può permettere un trattamento «su misura» e non «di confezione». Non si tratta soltanto di rispettare la psicologia del paziente, ma anche di potenziare l'efficacia di un farmaco adattandolo a ciascuno nel colloquio privilegiato e singolo.

Anche il medico può essere una medicina; anzi, è la più importante.

Quindi: farmaci a misura d'uomo per terapie più efficaci. Il *farmaco* può assumere per il malato un valore affettivo e per la pratica quotidiana è importante approfondirne il significato. Il farmaco risponde, certo, alla richiesta razionale e comprensibile di sedare i sintomi dolorosi; ma attraverso questa richiesta concreta è possibile che il

malato esprima altre aspirazioni, conscie o inconscie, in funzione di ciò che la malattia significa per lui. Anche per le applicazioni dell'idergina (nel nostro Reparto di Psicosomatica) abbiamo constatato che il piano relazionale è altrettanto significativo del piano informativo: occorre pertanto dare spiegazioni al paziente e accompagnarlo criticamente nell'assunzione del farmaco.

Molti pazienti di certi paesi sono continuamente in viaggio fra ambulatori e studi professionali, con pacchi di lastre e di analisi sotto il braccio, alle quali, tuttavia, manca sempre qualcosa che il successivo specialista puntualmente richiede: è la sindrome di Ulisse.

Il medico di base, dicevano i vecchi clinici, è l'avvocato del paziente, colui che tutela la sua salute facendo da coordinatore e punto di riferimento degli specialisti.

6) Approccio familiare e sociale

Risulta fondamentale lo studio della concezione del rapporto medico-malato, che si iscrive in primis nel campo psicosomatico. La medicina psicosomatica, in virtù delle sue enunciazioni, del suo divenire scientifico, metodologico ed applicativo, si situa oggi in una posizione di transizione - direi anzi di mediazione - nel contesto sia della comunicazione interdisciplinare, sia dell'interazione fra tutti i protagonisti delle vicende patologiche: dal disagio alla malattia, dall'individuo all'ambiente socio-familiare.

E il medico stesso ne diventa, nolens volens, protagonista - nelle *sindromi di Pirandello*, al centro della *dinamica dei conflitti familiari** - regista.

L'approccio sistematico al profilo diagnostico e soprattutto terapeutico permette di mettere in rilievo i rischi e le risorse del nucleo familiare. Con il «*confronto familiare*», da noi introdotto nel 1981, cerchiamo il contatto con le persone di fiducia del paziente per meglio sostenerlo nella sua identità.

L'altro grave rischio è quello della solitudine.

È necessario intendersi bene sul reale significato di questo termine, sul quale spesso si equivoca o si specula. La società ci ha abituati a dare una definizione della solitudine considerata come assenza di relazioni, di scambi. In particolare, qualcosa di esterno alla persona, simile o comunque assimilabile all'isolamento, cioè a uno stato, a una situazione mancante di specificità perchè il processo rimane estraneo all'affettività. In realtà la solitudine non è definibile, ma solo ragionabile, da meditare: essa, infatti, è soprattutto un sentimento, una situazione affettiva. Proprio per questo la solitudine non è di per sé negativa: può esserlo o non esserlo. Lo è senz'altro quando non viene accettata e rifluisce nell'isolamento, in una fuga dal mondo, in un rifiuto della propria realtà. Ma non lo è affatto quando l'individuo conserva inalterata la possibilità della relazione e della comunicazione con sé stesso e con l'altro, mantenendo cioè la propria «meità» (sono con me stesso) e la propria «alterità» (sono con l'altro) pur se al momento non attuate. Presupposto fondamentale alla conservazione di questa possibilità è, appunto, il mantenimento della propria integrità ed identità personologiche: senza di esse non può esistere la «meità» né è proponibile la «alterità».

* *Dinamica dei conflitti familiari. Indicazioni terapeutiche* - B. Luban-Plozza / D. Ritschl - Armando Editore, Roma, 1991

In questo modo si definisce, invece, una solitudine positiva o di «pienezza», che si situa come una condizione di base di chi esiste e non come una condizione straordinaria. Chi esiste è portato o costretto, in fondo, ad accettarla come elemento di riflessione e di riscoperta interiore, quindi come qualcosa di autentico che non lo abbandona e non lo lascia solo. Ciò è molto importante e significativo per l'economia psico-sociale dell'anziano, il quale può scoprire, se gli serve o gli occorre il caso, che come persona possiede, fra le altre, anche la capacità di essere solo e di sopportare questa situazione purché lo si utilizzi in modo che possa rimanere in comunicazione sia col mondo interiore che comunicare all'esterno la disponibilità alla relazione. Cosa che non accade quando si fanno confluire istituzionalmente in un calderone spersonalizzato che impedisce la «meità»: si produce così, per lo più, un «solo» in mezzo a tanti altri pure «soli», cioè una solitudine vuota e negativa. Ecco, dunque, in primo piano un tipo di approccio psico-sociale a livello di persona, che riconosce e consente all'anziano capacità di scelte e di accettazione, di essere «solo» e «insieme» nel senso sopra citato, secondo il proprio sentire.

L'approccio ispirato alla salute non esclude, dunque, il biologico: semplicemente non lo pone come unico e preminente punto di partenza. Lo inquadra e lo associa, invece, al psichico e al sociale (approccio a livello di persona e ambiente) rivolgendosi all'anziano per quello che ancora «è» e fin che «è», non per quello che potrà divenire o, peggio, che dovrebbe essere.

Si tratta di quello che amiamo definire «approccio psicosomatico e sistemico», seguendo l'ispirazione di G. Bateson e di P. Watzlawick (con quest'ultimo abbiamo avuto modo di confrontarci in più occasioni nel 1987). Biologico e psichico, infatti, appartengono ad uno stesso insieme di proprietà sistemiche; e questo insieme subisce influenze e interazioni del e col proprio ambiente (ecco il «sociale»). Questa prospettiva di approccio supera e cancella l'aridità e l'orientamento unidirezionale che fanno arenare in un circolo chiuso le teorie e le identificazioni riduzioniste. Esso tende, e per lo più ci riesce in buona parte, a ridare apertura e dignità all'anziano riprendendolo come soggetto e non come oggetto, sia pure di attenzioni e di assistenza: ma un conto sono le attenzioni e l'assistenza vissute o, invece, somministrate e subite.

Naturalmente un approccio di questo tipo vede in primo piano il medico generico, o di base, come colui che conosce la storia spicciola di «questo anziano» (e non degli anziani genericamente) e può aiutarlo e seguirlo nella comune realtà del «quotidiano». Ciò capovolge, in parte, la comune concezione che privilegia l'intervento specialistico ma certamente non ne sminuisce l'importanza in quanto lo riporta alla preminente antica funzione del «*melius praevenire quam curare*». Lo o gli specialisti, geriatra o psichiatra o psicosomatista che siano, sono riproposti, infatti, in termini di prevenzione e di conservazione della salute prima che di riparatori di danni: ciò li dispone ad una integrazione col medico come vuole un'arte che considera l'interezza della persona e non soltanto «fette» o «fettine» di uomo. L'approccio di partenza, nella nostra concezione, diventa necessariamente una collaborazione di esperti che forniscano indicazioni che il generico può coordinare facendo di un mosaico un unicum individuale. Questo sembra a noi una valorizzazione per ciascun operatore, anche se può deludere le aspirazioni più o meno demiurgiche di taluno. Il medico generico acquista così il suo ruolo più congeniale di protettore e consigliere per la salute: anche sul piano del «quotidiano», che è poi l'evenienza più comune e più importante anche per l'anziano.