



## La perdita del ruolo: un'esperienza in un campione di militari

### The lost of role: a survey on military population

P. COMITO

Centro Ospedaliero di Milano, Consultorio Psicologico

**Parole chiave:** Ruolo • Identità • Deterioramento cognitivo

**Key words:** Role • Identity • Cognitive deterioration

Per molto tempo siamo stati abituati a pensare al ruolo professionale come ad una “descrizione” definita, anche se di carattere dinamico, includente oltre ai compiti anche le relazioni e le transazioni. In questa prospettiva “rigida” il ruolo avrebbe dovuto riguardare la funzionalità e la finalizzazione dell’attività del soggetto all’interno di un sistema presupposto e articolato dettagliatamente. Ma ci accorgiamo che nelle organizzazioni evolute i suoi confini vengono continuamente sfumati ed emergono invece più flessibili “professionalità” e “competenze”. I lavoratori si muovono con grande mobilità all’interno delle aree professionali, contaminando le nuove attività che intraprendono con le competenze acquisite in precedenza. Il ruolo lavorativo rimane sempre oggetto di un’attenzione da parte delle persone, mirata a comprendere la loro stessa collocazione nelle varie fasi del processo di socializzazione.

Vale la pena, dunque, recuperare un’analisi del ruolo dal punto di vista comportamentale. In questa prospettiva, per ruolo professionale intendiamo la rappresentazione di sé nel lavoro: una “messa in scena” da parte della persona di un copione o “*script*” (nel senso definito da Schank di “struttura che descrive una sequenza appropriata di eventi in un contesto particolare” – Schank, 1982) vale a dire di uno schema fornito di un programma delineato, che prevede l’insieme delle condotte richieste per coprire una determinata posizione. Le linee guida del ruolo sono la risultante di una “*fusione di elementi privati e collettivi*” (Moreno, 1961) e di processi di influenzamento reciproco definiti in diversa misura da attori differenti:

- i superiori: intesi come “*espressione dei doveri del soggetto verso l’organizzazione, in relazione alle sue necessità o ai modelli di divisione del lavoro e dei compiti che essa predilige*” (Novara e Sarchielli, 1996). Il ruolo ascrivito al soggetto produce aspettative di tutti gli attori della scena lavorativa su ciò che si dovrebbe verificare in una particolare situazione;
- i colleghi: rappresentano un contro-ruolo essenziale per una corretta definizione dei limiti e dello spazio di azione del soggetto al lavoro. Configurando come risultato l’individuazione di spazi finalizzati ad un progetto di cooperazione;
- noi stessi: la nostra intenzionalità tende a costruire attivamente e ad interpretare il ruolo. La nostra volontà di rappresentazione lo configura in maniera creativa e ce lo fa acquisire. Il coinvolgimento personale del sogget-



to/attore nel ruolo assunto arriva a modellare non solo la sua identità lavorativa ma anche la sua identità personale.

La congruenza tra auto ed etero-definizione del ruolo professionale è utile a determinare uno sviluppo armonico delle proprie capacità professionali. Il ruolo infatti dovrebbe essere la risultante di un sistema di aspettative condivise. Quando c'è ambiguità tra il ruolo ascrivito e quello percepito si possono verificare frustrazioni che rischiano di compromettere l'identità personale e l'efficacia nel lavoro.

Infatti, la costruzione dell'identità personale, intesa come processo continuo durante tutto il corso della vita s'interseca in modo ricorrente con lo svolgersi del ruolo professionale. Soprattutto soggetti che durante la loro carriera professionale hanno rivestito ruoli di comando e di particolare rilievo possono incorrere nell'errore di costruire un'immagine a cui si identificano in toto, tale restringimento oltre a risultare riduttiva per la persona, crea scompensi nel momento in cui tale immagine, creata in anni ed anni di duro lavoro, spesso trascurando tutto il resto, si sgretola per effetto del pensionamento. Un sano intersecarsi tra identità e ruolo prevede che ad esempio nella realtà il leader politico non è solo l'immagine che rappresenta, connessa al suo ruolo politico, sociale e di potere; è anche un uomo, un amico, un marito, un padre, una persona giocosa e spiritosa, ecc.

L'identità, in tal senso, viene vista come costruzione sociale dotata di senso soggettivo che si costruisce nell'equilibrio tra ciò che io sono e ciò che gli altri riconoscono di me. Verrebbe a costituirsi una identità di ruolo (identificata secondo il "modello degli stadi dell'io" di Habermas), essa presuppone il passaggio tra i vari stadi dell'identità: la fase dell'Identità naturale, che riguarda la dimensione della continuità della consapevolezza corporea; quella dell'Identità di ruolo appunto, che pone al centro il posto assegnato all'individuo nella divisione sociale del lavoro e quella dell'Identità dell'io, proprio delle società moderne avanzate, dove l'individuo persegue la propria personalità.

Un comportamento umano e coerente con se stessi, consente di vivere il ruolo professionale in armonia con tutti i ruoli della vita: marito, padre, amico, fratello, persona sensibile, ecc.; e sviluppare interessi e curiosità.

Una persona equilibrata, piena e completa, troverà nel pensionamento la gioia per vivere tutte le altre attività con più tempo a disposizione.

Per conquistare questa filosofia è necessario non investire eccessivamente nell'immagine, ma riuscire a trarre beneficio dalle attività del tempo libero che costituiscono attività protettive verso l'insorgere di una malattia a livello cerebrale.

"*Invecchiare bene e con successo*" dovrebbe diventare l'obiettivo a cui tendere fin dalla giovinezza e da non perdere mai di vista nel corso dell'età adulta e presenile.

Con il progressivo allungamento della vita stanno assumendo maggiore importanza le problematiche collegate all'invecchiamento.

Ancora oggi spesso, nella società, si trova una certa confusione: da un lato molti sottovalutano ancora il problema, attribuendo alla senilità quei mutamenti che, invece, dovrebbero allarmare perché espressione di malattia. Dall'altro, alcuni cominciano a sopravvalutare il problema, facendo crescere la preoccupazione ed il timore di ammalarsi di demenza, confondendo così il normale indebolimento di alcune funzioni mentali con i sintomi propri di questa malattia.

Senilità non è sinonimo di demenza ed invecchiare non costituisce di per sé una malattia.

Un progressivo graduale indebolimento di alcune funzioni mentali (il declino della memoria, diminuita capacità di risolvere problemi, irrigidimento del carattere, eccessiva preoccupazione, diminuita capacità di adattamento all'ambiente) e da ritenersi entro certi limiti, regolare. Nel 6% della popolazione mondiale ultrasessantacinquenne (circa 25 milioni di persone), invece, si sviluppano disturbi intellettivi e comportamentali tali da determinare la perdita di autonomia anche negli atti più semplici della vita quotidiana.

Come può il ruolo professionale e tutto ciò che da esso ne deriva costituire elemento protettivo verso lo svilupparsi di queste patologie?

È del 1988 la dimostrazione che non c'è sempre una relazione diretta tra le lesioni cerebrali e i sintomi della demenza: vi sono soggetti dementi con poche lesioni del cervello e soggetti sani dove sono state riscontrate importanti lesioni. Da queste importanti analisi si è dedotto che il cervello ha alcuni strumenti per difendersi dalle malattie associate all'invecchiamento. A parità di lesioni, maggiori sono le risorse e minori sono i sintomi. Viene introdotto, quindi il concetto di riserva cerebrale e di riserva cognitiva. La prima, fa riferimento a quelle cellule che sono da considerare "di riserva" e che vanno a prendere

il posto di quelle che muoiono lasciandone inalterata la funzione; questa è influenzata soprattutto da fattori genetici e prenatali.

La riserva cognitiva, quella che ci interessa maggiormente, è basata sul concetto di plasticità cerebrale (esperimenti condotti su ratti adulti dimostrano che il cervello è capace di modificare le proprie connessioni in seguito ad esperienze significative), a qualsiasi età infatti, il cervello conserva la capacità di modificarsi e di “allenarsi” creando nuovi circuiti attraverso un processo mantenuto attivo dagli stimoli ambientali durante tutto l’arco della vita.

Naturalmente, alcuni fattori di rischio del decadimento mentale non sono modificabili, tra questi principalmente l’età e la predisposizione genetica, ma essi interagiscono con altri fattori che sono invece modificabili attraverso lo stile di vita.

Pertanto, tra le variabili che influenzano la riserva cognitiva troviamo la stimolazione cognitiva effettuata durante la prima infanzia, il livello di scolarizzazione, lo svolgimento di occupazioni professionali soddisfacenti e quindi stimolanti, l’integrazione fra attività cognitive ed attività fisiche.

A supporto di quanto fin qui esposto faccio riferimento a ciò che è stato rilevato attraverso una ricerca condotta per l’Università degli studi di Torino (P. Comito, G. Geminiani, 2000/2001). Con lo scopo di indagare le correlazioni esistenti tra lo stile di vita dei soggetti e lo svilupparsi della malattia di Alzheimer.

Lo studio è stato condotto su 72 soggetti di cui 33 erano pazienti affetti da demenza di tipo Alzheimer, secondo i criteri del DSM-IV, con gravità di malattia compresa tra il grado 2 (sme-moratezza o amnesia benigna) ed il grado 5 (declino cognitivo moderatamente grave) della *Global Deterioration Scale* (GDS). Naturalmente la scelta di questo criterio d’inclusione è motivata dal fatto che soggetti con grado di demenza superiore al 5, avrebbero creato dei problemi nella somministrazione dei test in quanto severamente danneggiati dal punto di vista cognitivo.

Il campione ha un’età media che si aggira intorno ai 65 anni; il protocollo utilizzato per la raccolta dati e che comprende:

- una stadiazione della demenza con l’utilizzo della scala del deterioramento globale GDS (Reisberg et al., 1982), composta da 7 livelli ad ognuno dei quali corrisponde un’analisi descrittiva dei diversi stadi di gravità del paziente;

- una valutazione cognitiva che conferma sia lo stato di mancato deterioramento che quello di diagnosi di demenza, effettuata attraverso la somministrazione del *Mini Mental State Examination* (MMSE di Folstein et al., 1975). Un rapido e sensibile strumento per l’esplorazione globale delle funzioni cognitive; è veloce nella somministrazione poiché richiede un tempo di 5/10 minuti ed è costituito da 11 item che esplorano la memoria a breve termine, il linguaggio, l’orientamento spazio temporale, l’attenzione, il calcolo e l’aprassia;
- il sub-test IV della *Weschler Memory Scale*, una prova di memoria logica in cui al soggetto, dopo aver ascoltato un breve racconto viene richiesto di ripetere ciò che ricorda del testo. La prova viene ripetuta con un secondo brano ed il punteggio finale è dato dalla media degli elementi rievocati in totale;
- il sub-test VII della *Weschler Memory Scale*, consiste nel presentare 10 coppie di parole e subito dopo proporre la prima parola e chiedere al paziente di ricordare la seconda. Sei di queste coppie sono legate tra loro da una associazione logica e pertanto definite “facili”, i restanti accostamenti sono invece detti “difficili”.

La seconda parte del protocollo ha lo scopo di analizzare e verificare lo stile di vita del paziente, quello relativo al presente e quello relativo al passato. Questa analisi è stata effettuata attraverso lo studio della “storia di vita” che i soggetti coinvolti si sono gentilmente prestati a scrivere, un colloquio di approfondimento con i soggetti anziani ed uno con un loro familiare o convivente, allo scopo di individuare l’eventuale presenza di cambiamenti di tipo comportamentale avvertiti da chi vive costantemente accanto alla persona anziana e per individuare e verificare il contesto socio-affettivo.

Le correlazioni significative tratte da questi dati sono relative soprattutto al livello di istruzione dei soggetti che si rileva essere più alto nel gruppo di coloro che mostrano un invecchiamento cosiddetto “sano”. La scolarità quindi, risulta avere un valore negativo significativo con la GDS, indicando una relazione inversa tra le due colonne (all’aumentare dell’una, l’altra diminuisce). Risultano correlazioni significative anche tra GDS e le prove della scala Weschler e del MMSE. Dalla storia di vita, emerge che questi soggetti hanno avuto la possibilità di scegliere abbastanza autonomamente il loro percorso di studi e quello

professionale, ricevendone per la maggior parte un livello elevato di soddisfazione.

Il campione con diagnosi di Demenza ha in media assolto l'obbligo scolastico, ha avuto occupazioni poco soddisfacenti e di livello esecutivo e per ciò che riguarda l'occupazione del tempo libero dopo la pensione, tali soggetti sembrano per lo più non avere interessi di tipo cognitivo, i soggetti anziani appartenenti al gruppo B (soggetti anziani senza segni di demenza in atto al momento della ricerca), invece, dichiarano di occupare il loro tempo libero con attività ricreative, sociali e culturali stimolanti, come leggere, giocare a carte o a bocce, andare a ballare, far parte di circoli, praticare attività motorie, suonare uno strumento musicale. Tutto ciò sembra confermare la teoria che uno stile di vita particolarmente attivo e socialmente integrato, mantenuto nel tempo, protegge dall'insorgere della demenza o ne ritarda la comparsa dei primi sintomi.

Il consultorio psicologico del Centro Ospedaliero di Milano (2007) ha condotto un'inchiesta, sottoponendo un questionario ad un campione di 100 soggetti ex militari iscritti ad associazioni combattentistiche e d'arma. Tali soggetti costituiscono un campione privilegiato, essi infatti pur avendo un'età maggiore rispetto al campione della ricerca prima citata (74% > di 70 anni), sono persone che mantengono attivamente i contatti con l'ambiente militare, ambiente che ha dato loro un forte senso di appartenenza attraverso un ruolo professionale positivo e gratificante.

Dai risultati ottenuti emerge che la percentuale di soggetti che lamentano disturbi di tipo comportamentale o psicopatologico, sono decisamente inferiori alla media delle persone della loro età. Alla domanda "*le capita spesso di sentirsi triste durante l'arco della giornata*", il 38% ha risposto mai e solo l'1% spesso, oltre il 50% ha detto di non avvertire alcun senso di ansia e/o di agitazione e circa il 40% non avverte disturbi della memoria.

È importante rilevare e tener presente che in tale campione circa l'80% dei soggetti vivono in contesti socio-affettivi positivi e mantengono buoni rapporti con i propri familiari; oltre il 50% frequenta attività sociali con scopo ricreativo e il 57% si ritiene soddisfatto della vita condotta e delle attività svolte quotidianamente.

Da tutto ciò se ne deduce, con un buon margine di affidabilità, che coloro i quali hanno creduto e costruito il proprio ruolo attraverso un adeguato investimento ed un corretto equilibrio tra identità personale e ruolo professionale, non avvertono la sintomatologia tipica legata al "vuoto da pensionamento", e riescono a mantenere anche dopo l'uscita dal proprio lavoro un livello di soddisfazione sufficiente per svolgere attività diverse e continuare ad investire energie in attività cognitive e in relazioni sociali soddisfacenti, aiutando se stessi a conservare il proprio stato di salute mentale ed a migliorare la qualità della propria vita.

## BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Bara B. *Manuale di psicoterapia cognitiva*. Bollati Boringhieri.

Comito P, Geminiani G. *Disturbi comportamentali e psicopatologici nei malati di Alzheimer*. 2001.

*Cervello e stili di vita, come invecchiare con successo*. Comune di Milano, Assessorato alla salute, Associazione per la Ricerca sulle Demenze, 2007.