

Studio sperimentale sulla reazione da stress e pseudodemenza senile

RAFFAELLA LEUZZI*

Il nostro studio si propone di indagare da una prospettiva psicologica il problema degli anziani. Partendo da una analisi dei diversi orientamenti di studio sull'invecchiamento, non più inteso come ultima fase della vita, caratterizzata da una perdita totale del proprio essere uomo, ma vista in una prospettiva *life-span* di sviluppo dinamico dell'individuo durante l'arco di vita, si è giunti alla considerazione ed esposizione dei fattori presi in esame nel nostro studio come le capacità intellettive, lo stress nell'anziano in generale e nel soggetto istituzionalizzato. La ricerca vuole indagare in modo sistematico l'anziano come soggetto al disadattamento sia all'età senile, sia all'ambiente esterno, dell'istituto, che lo ospita.

L'adattamento nell'invecchiamento viene spesso ad essere inteso come capacità adattiva all'età senile. Questo evidenzia che l'invecchiamento porta con sé un insieme di fattori disadattivi sia interni all'individuo, sia esterni ad esso, con cui l'individuo si confronta.

E' evidente che in una situazione di disadattamento l'anziano reagisce cercando un nuovo equilibrio adattivo alla condizione stressante, che provoca il disadattamento. Nella nostra indagine il ricovero in istituto viene assunto come fattore disadattivo, come evento stressante per il soggetto anziano di sradicamento dal nucleo familiare, di allontanamento dal proprio ambiente di vita, dai propri interessi ed affetti, e diviene causa di isolamento, chiusura di sé, alienazione dalla realtà esterna.

Il soggetto anziano reagisce a questa situazione di disadattamento, spesso, con uno stato depressivo o aggressivo rispetto all'ambiente che lo circonda.

Ci si propone di dimostrare l'esistenza di una relazione fra il ricovero in istituto, la reazione disadattiva a tale evento stressante e lo stato di depressione che l'anziano istituzionalizzato presenta.

* Piazza Armistizio, 2 , 73020 Botrugno (Lecce)

Secondo il modello “additivo” di Welford il calo della velocità del TR nell’anziano è prodotto da cause senso-motorie.

Invece il modello “moltiplicativo” di Birren (1980) evidenzia come il TR decade nell’invecchiamento per un rallentamento globale del SNC, dovuto alla complessità dei compiti da svolgere. La teoria moltiplicativa del TR sembra essere la più accreditata dai numerosi studi condotti sulla risposta agli stimoli in età senile. Il senior, infatti, incontra maggiori difficoltà nel rispondere a stimoli complessi, con un innalzamento del tempo di reazione; mentre supplisce in modo pressoché adeguato nella risposta a stimoli semplici. In generale si deve parlare, però, di allungamento dei TR in età senile

Risulta essere compromessa dal processo d’invecchiamento la capacità linguistica dell’individuo. Infatti sebbene nei test, quali il WAIS essa sembra rimanere costante con l’avanzare dell’età, è il vocabolario, definito “passivo”, ossia la comprensione delle parole da parte del soggetto, ad essere integro, mentre il vocabolario “attivo”, cioè i termini utilizzati nella locuzione, decade sensibilmente in età senile.

Rimangono inalterate nel soggetto anziano le altre componenti del linguaggio, quali la sintassi, il discorso, la comprensione e la prammatica.

In conclusione si può affermare che il deterioramento cognitivo, che si verifica in età senile non è di tipo quantitativo, ma qualitativo e che non è globale, ma differenziato rispetto alle diverse funzioni intellettive.

7. Rapporti tra intelligenza e fattori esogeni di deterioramento nell’anziano.

Le capacità intellettive del soggetto anziano sono influenzate dall’ambiente in cui l’anziano trascorre la sua esistenza.

E’ stato osservato che, se il senior si trova a vivere in un ambiente stimolante, che lo coinvolge attivamente e che gli permette di esprimere i propri interessi e motivare le proprie azioni, le capacità intellettive si mantengono pressoché costanti anche in età avanzata. Produce un effetto opposto sull’integrità delle funzioni intellettive una realtà esterna spersonalizzante e sterile culturalmente, che non genera sollecitazioni tali, da attivare a sufficienza le capacità mentali dell’individuo. La atrofia da disuso è, infatti, una delle cause principali del crollo intellettuale nell’invecchiamento.

Lo scarso utilizzo di alcune funzioni intellettive causa il loro graduale indebolimento, fino ad una perdita totale del loro impiego ed alla impossibilità di recupero delle stesse.

Un comportamento emotivamente instabile, reattivo ed aggressivo, frequente nell’anziano, come reazione ad una condizione di disadattamento all’età senile e all’ambiente esterno, o di frustrazione per esperienze di emarginazione ed

alienazione può produrre un'azione negativa sulla struttura intellettuale del soggetto senior.

Le numerose ricerche condotte hanno evidenziato che esiste una relazione tra l'intelligenza e i fattori esterni alle strutture mentali.

8. La sindrome generale di adattamento di Selye

Il primo studio specifico sullo stress è quello proposto da Selye (1955), che lo definisce come "la reazione aspecifica del corpo a qualunque esigenza gli venga imposta". Molteplici sono gli eventi stressanti, che agiscono sull'uomo; caratteristica dello stress è la sua aspecificità nella reazione, che permette di fronteggiare eventi stressanti piacevoli o spiacevoli, tentando di raggiungere un adattamento alla nuova situazione.

Quando uno stressor (o agente stressante) si configura negativamente rispetto al soggetto, allora lo stress è dannoso e spiacevole e produce angoscia e viene identificato con il distress. Durante l'esistenza non esiste una fase priva di qualsiasi tipo di stress, poiché la sua presenza è determinata dai molteplici stimoli esogeni ed endogeni, che sono presenti nella vita dell'uomo.

Lo scopo della reazione adattiva allo stress, come nota Selye, è quello di ristabilire l'equilibrio del "milieu intérieur", dell'ambiente interiore, che viene compromesso dall'attivazione della reazione agli stimoli. Canon (Selye, 1976) definisce questo equilibrio interiore, "omeostasi", che è la capacità di resistere all'evento stressante, garantendo un ripristino della stabilità dell'io e della persona.

Da un punto di vista specifico la sindrome di adattamento o G.A.S. (general adaptation syndrome) si organizza in tre stadi successivi.

Il primo stadio è rappresentato dalla reazione di *allarme*, in cui la resistenza allo stimolo diminuisce e a livello fisiologico sono presenti sudorazioni, produzione di adrenalina che stimola l'ipofisi. La seconda fase è la *resistenza*; la continua esposizione all'agente stressante, anche in seguito al processo adattivo genera la resistenza allo stressor. L'ultima fase è quella di *esaurimento* delle risorse adattive e può condurre al deperimento e alla morte. Nelle sue ricerche Selye ha evidenziato che l'energia di adattamento non è costante durante tutta l'esistenza, ma va esaurendosi sino alla vecchiaia, epoca nella quale le capacità di adattamento sono scarse o quasi nulle.

Selye sottolinea come vi sia una duplice reazione allo stress una adattiva, la sintossica, e l'altra reattiva, la catatossica.

L'organismo regola la propria risposta a seconda degli stimoli, che si trova ad affrontare.

Lo scopo della sindrome di adattamento da parte dell'organismo è quello di mantenersi in equilibrio, di garantire la propria stabilità interiore o con

l'omoeostasi, come abbiamo visto, o con l'eterostasi. Quest'ultima permette il mantenimento del proprio *milieu intérieur* attraverso l'innalzamento dei meccanismi di difesa.

9.I diversi tipi di stress

Fra gli agenti stressanti più nocivi vi sono i fattori emozionali come la frustrazione, l'insicurezza, la tensione mentale. L'incapacità di adattarsi a una di queste componenti può determinare l'insorgere di malattia nell'organismo.

Selye nella sua analisi evidenzia come questi stressor si trasformino per l'individuo in distress, in quanto causa di angoscia. Infatti questi agenti stressanti producono una fase di resistenza prolungata con un dispendio notevole dell'energia di adattamento.

Altro fattore stressante per l'uomo è il lavoro. La necessità di una motivazione, la ricerca di uno scopo verso cui indirizzare le proprie energie, può essere frustrante se non si conclude positivamente. Inoltre non è causa di stress l'assenza di occupazione e di impegno di per sé, ma la necessità di trovare un lavoro che ci soddisfi e che realizzi le nostre aspettative.

10. Lo stress nell'anziano

Selye identifica l'invecchiamento con l'ultima fase della G.A.S., quella di esaurimento dell'energia di adattamento. Sotto questo aspetto l'età senile rappresenta l'età della vita dove minori sono le capacità di reazione allo stress, in quanto logorate durante tutta l'esistenza da un continuo accumularsi di stressor. Selye evidenzia che invecchiamento e sindrome di adattamento sono strettamente legati fra loro e che lo stress può produrre una accelerazione del processo di senescenza.

Anche Oliverio concorda con Selye, nell'evidenziare un calo della reazione allo stress nell'anziano. Il soggetto in età senile risulta essere maggiormente vulnerabile allo stress e Birren (1980) evidenzia la differenziazione delle reazioni allo stress a secondo della personalità del senior; essi reagiscono in modo differente allo stress, in base, dunque, non solo alle caratteristiche dell'evento stressante, ma anche a quelle di personalità del soggetto, nonché alle qualità ambientali e agli eventi di vita.

Il pensionamento rappresenta uno degli agenti stressanti che più influiscono sul soggetto anziano. Il ritiro dal posto di lavoro implica, soprattutto per l'uomo come è stato largamente dimostrato, una perdita di significato e di ruolo, alla quale, spesso, l'individuo non è in grado di reagire adeguatamente adattandosi alla nuova situazione di vita.

Un ulteriore evento stressante risulta essere per l'anziano l'adeguarsi alle strutture familiari, sempre più ristrette e poco aperte agli altri, così diverse da quelle del passato. Il senior si sente escluso dall'ambiente familiare e spesso viene a ricoprire un ruolo marginale e di esclusione, che grava ancora di più sul suo già precario equilibrio interiore. L'invecchiamento è già di per sé l'età del disadattamento, del *maladjustment*, con Pollak (1948), ma a ciò si aggiungono eventi disadattanti come ad esempio la vedovanza o l'istituzionalizzazione. La vedovanza è una delle maggiori cause di sindromi depressive da stress nell'anziano, insieme con il ricovero in istituto.

L'allontanamento dalla propria casa, dal proprio stile di vita, dai rapporti con il mondo esterno è un fattore stressante alcune volte difficile da superare per il soggetto anziano. Inoltre la realtà alienante dell'istituto non favorisce un adattamento alla nuova situazione di vita, se non attraverso un graduale e lento processo di adeguamento remissivo.

11. Le sindromi demenziali in età senile e loro cause

Circa il 6% del totale della popolazione ultra-sessantacinquenne è affetto da demenza. Il globale deterioramento cognitivo, che si verifica nell'età senile, può essere accentuato dalla presenza di sindromi demenziali.

Da un punto di vista clinico si devono distinguere: demenze primarie, secondarie e pseudodemenze. Le prime due classificazioni includono forme patologiche di deterioramento cerebrale, che si differenziano fra loro in quanto, le demenze degenerative primarie insorgono come stati degenerativi indipendenti del SNC, mentre le demenze secondarie si presentano associate ad altre condizioni patologiche.

Fra le demenze primarie le più diffuse nella popolazione anziana sono il morbo di Alzheimer e la malattia di Pick.

La malattia di Alzheimer, o DAT (Dementia Alzheimer Type), presenta ad un'analisi anatomo-patologica la lesione di alcune aree situate nel lobo temporale e in quello occipitale del cervello. Perciò le funzioni cognitive compromesse maggiormente dalla demenza di Alzheimer sono quelle mnestiche, in particolare la memoria immediata, o a breve termine, mentre la MLT appare meno compromessa.

La malattia di Pick si differenzia dalla DAT, solo per l'aria cerebrale di incidenza, che è quella fronto-temporale.

Le demenze secondarie più frequenti sono la demenza multifattoriale, o MID, quelle prodotte da malattie metaboliche, da sostanze tossiche, o da traumi.

12. Le pseudodemenze e demenze secondarie

Le pseudodemenze sono sindromi psicopatologiche involutivo-difettuali, che sono caratterizzate dalla compromissione delle funzioni cognitive. Questa patologia si differenzia dalle demenze primarie per un'insorgenza improvvisa e meglio individuabile, non subdola e difficilmente definibile; per un decorso più rapido e reversibile dello stato demenziale rispetto alle demenze vere e proprie.

Inoltre l'attenzione e la concentrazione, spesso sono mantenute ed il soggetto colpito da pseudodemenza è consapevole dei propri deficit cognitivi.

Fra le cause della pseudodemenze nell'anziano è principale la sindrome depressiva. La depressione è il più frequente dei disturbi affettivi, ed è caratterizzata da un calo del tono umorale, da senso di sfiducia e frustrazione, da una mancanza di interessi e un maggiore sentimento di inutilità, da una tendenza all'ipocondria e al suicidio. Nell'invecchiamento la depressione è il più comune disturbo psichiatrico.

La sindrome depressiva nell'età senile si manifesta in relazione a vari eventi stressanti ed a situazioni socio-ambientali negative. Spesso è la conseguenza di una reazione disadattiva allo stress. E' frequente che la depressione sia causa di malattie somatiche, soprattutto nel soggetto anziano. Se la sindrome depressiva implica un deterioramento delle funzioni cognitive: si parla di pseudodemenza depressiva nel senior.

Tra gli anziani, sono maggiormente a rischio coloro che vivono in situazioni endogene o socio-ambientali particolarmente stressanti, a cui difficilmente essi reagiscono con un atteggiamento adattivo.

Il 12% degli anziani affetti da demenza senile è, ad una analisi più attenta, colpito da pseudodemenza (Amoretti, Ratti, 1991).

13. Metodologia e metodi dell'indagine psicologica

La ricerca di studio effettuata ha voluto dimostrare, attraverso l'apporto sperimentale dei dati raccolti, il rapporto esistente fra eventi stressanti ed insorgenza di un decadimento cognitivo, di tipo pseudodemenziale, ad essi collegato, nell'anziano sottoposto allo stress del ricovero in istituto.

Gli studi precedentemente condotti hanno evidenziato il manifestarsi di uno stato disadattivo all'istituzionalizzazione.

Canestrari attraverso le sue ricerche ha mostrato come una componente del disadattamento, in età senile, sia lo sradicamento dell'anziano dal nucleo familiare di appartenenza, non solo per un fattore economico, ma anche di mutamento della struttura familiare in seguito alle nuove esigenze socio-culturali

dell'età industriale e la conseguente perdita di sostegno familiare ed istituzionalizzazione.

La ricerca si è svolta in un arco di tempo di 60-70 giorni, in cui sono stati presi in esame 41 soggetti di età compresa fra i 63 ed i 94 anni. Ad essi è stato chiesto se volevano collaborare alla ricerca, risolvendo alcune semplici prove che gli sarebbero state proposte e rispondendo ad alcuni quesiti autodescrittivi.

La somministrazione dei test è stata realizzata attraverso il metodo dell'intervista individuale non strutturata, lasciando parlare liberamente il soggetto, durante il proponimento delle singole prove.

A tutti i soggetti è stata fatta presente la necessità di riproporre le prove a distanza di + - 30 giorni, per completare lo studio.

Si sono utilizzati due test, uno di misurazione delle capacità intellettive, il B.E.C. /96, l'altro di misura del livello di autostima, la S.A.S. italiana.

La versione italiana della batterie d'Evaluation cognitive, B.E.C./96, realizzata da Signoret e collaboratori nel 1988, si compone di 8 scale strutturate per la taratura delle capacità mnestiche, di problem-solving, di encoding e di vocabolario. Ogni prova ha un punteggio massimo di 12 punti, per un totale di 96 punti.

La Self Anchoring Scale /SAS di Rosenberg (1965) si compone di 10 domande a risposta multipla, la cui griglia di valutazione permette di individuare la eventuale presenza e il grado depressivo nel soggetto esaminato.

14. La realtà della Casa di Riposo

La somministrazione delle prove si è svolta, per il campione di soggetti istituzionalizzati, all'interno della struttura di ricovero. Si è così avuto modo di osservarne direttamente l'organizzazione e il funzionamento.

Le realtà istituzionali prese in esame sono state l'Istituzione pubblica di Assistenza e Beneficenza, IS & RS, di Lecce e l'ex asilo di Mendicità, oggi Casa di riposo regionale retta dall'I.P.A.B., di Maglie. Le due strutture di presentano simili sotto molti aspetti. Innanzitutto accolgono anziani autosufficienti e non; il personale è costituito da dipendenti dall'istituto e da volontari, che vi si recano alcuni giorni a settimana. La Casa di riposo di Lecce ha un numero di ospiti maggiore, circa 70 anziani, rispetto ai 38 dell'istituto di Maglie.

Gli edifici sono entrambi di costruzione recente e si presentano ben congegnati architettonicamente ed internamente adeguatamente arredati per assolvere alle esigenze degli ospiti.

Vi è, però, un elemento negativo per tutti e due i ricoveri, l'ubicazione. Infatti sia l'IS&RS che la Casa di riposo di Maglie sono fuori dal centro delle città rispettive, anzi l'Istituto provinciale è lontano dal centro abitato alcuni chilometri, risultando completamente isolato.

Risulta evidente che per quanto attrezzate ed organizzate adeguatamente al loro interno, le due strutture sono, così, realtà restrittive ed emarginanti per l'anziano. Inoltre l'ammissione di anziani non autosufficienti, sia a livello fisico, ma soprattutto mentale, con la presenza di forme psicotiche e paranoide tra gli ospiti, non giova all'anziano sano ricoverato nella struttura. Infatti non esiste una sezione separata che ospiti gli anziani con gravi problemi psico-fisici, con i quali il soggetto autosufficiente è dunque "costretto" a convivere, senza possibilità di scegliere.

Come già è stato dimostrato l'istituto rimane, per molti aspetti, la soluzione sbagliata al problema anziani.

15. Gruppo sperimentale e gruppo di controllo

I due gruppi esaminati si compongono rispettivamente: il Gruppo S (sperimentale) di 21 soggetti e il Gruppo C (controllo) di 20 soggetti.

Entrambi hanno una uguale composizione per sesso, con maggioranza femminile, e per cultura, con un livello di istruzione medio-basso. Sia i soggetti del gruppo di C, che quelli del gruppo S hanno un'anamnesi psichiatrica negativa e presentano la stessa autosufficienza fisica.

Possiedono, quindi, gli stessi parametri di base per valutare la reazione allo stress del ricovero in base al declino delle funzioni psichiche del gruppo S, rispetto al gruppo C.

Il gruppo S è composto da soggetti il cui ricovero in istituto non è anteriore ai 3,5 mesi. Questa caratteristica ha permesso di valutare la reazione immediata allo stress del ricovero in istituto.

Dei 21 soggetti del gruppo S, uno non è stato sottoposto al re-test, perché è deceduto, il confronto dei risultati è dunque realizzato tra due gruppi di 20 soggetti ognuno.

16. Risultati e discussione

I risultati ottenuti dall'indagine svolta hanno evidenziato una differenziazione verso l'alto riguardo le capacità intellettive del gruppo C rispetto al gruppo S (tab. 1 e 2). Nel retest il gruppo di C presenta punteggi più elevati rispetto al gruppo S, con uno scarto maggiore.

Inoltre mentre fra la tab. 1 e la tab. 3 nel gruppo C si evidenzia un miglioramento in quasi tutti gli item proposti nel BEC/96; il gruppo S confrontando le tab. 2 e tab. 4 presenta un calo del punteggio di 6 item su 8.

I risultati della SAS italiana, evidenziano la maggiore presenza di depressi ipocritici nel gruppo S, rispetto al gruppo di C (tab 5 e 6) sia alla prima somministrazione del test, sia al retest (tab. 7 e 8).

Questi dati dimostrano come non solo esista una reazione allo stress del ricovero che si manifesta con un calo delle capacità intellettive e del livello di autostima nel gruppo S, rispetto al gruppo C fra test e retest, ma che il ricovero in istituto genera un crollo sensibile e statisticamente significativo delle funzioni mnestiche, di apprendimento, nonché logico-operative, e di vocabolario del gruppo S rispetto al gruppo C, crollo già evidente da un confronto iniziale fra di essi.

Il supporto di questi risultati della ricerca ci permette di affermare come un'ulteriore conferma delle teorie ed orientamenti a cui si è fatto riferimento nel corso di questa esposizione, ovvero che la realtà istituzionale è un fattore di disadattamento per l'anziano. In quanto si configura per il soggetto in età senile come uno stressor a cui egli non riesce a reagire adattandovisi.

A riprova di ciò bisogna ricordare che il soggetto deceduto nel gruppo S, rientrava nelle caratteristiche di base del gruppo, con l'unica differenza dell'età, che era superiore a quella media dei restanti 20 soggetti, e che lo avvicinava alla quarta età. Forse, proprio il fatto di essere un "old-old" e di avere, come sostiene Selye, una energia di adattamento agli stressor estremamente bassa, se non quasi nulla, gli ha impedito di mantenere l'omeostasi del *milieu interieur*, restando nella fase di esaurimento della GAS, che ne ha provocato la morte, dopo poco tempo dal ricovero in istituto. Lo studio condotto ha effettivamente evidenziato una riduzione di alcune delle capacità intellettive negli anziani del gruppo S rispetto a quelli del gruppo C. Questo risultato ci autorizza a sottolineare la tesi di studio proposta, su un effettivo deterioramento intellettuale nell'anziano istituzionalizzato, maggiormente marcato, rispetto al normale decadimento cognitivo del soggetto in età senile.

Si deve, però, nel ricercare la causa di tale crollo delle funzioni cognitive nei soggetti del gruppo S, tenere conto del fattore del ricovero in istituto, come elemento negativo, che determina uno stato depressivo nell'individuo ricoverato. Il calo del livello di autostima, evidenziato con la SAS italiana, nel gruppo S rispetto al gruppo C al retest, è parallelo al deterioramento cognitivo dell'anziano ricoverato in istituto; stabilire una relazione causa-effetto fra queste due componenti, è ciò che si è tentato di fare con la nostra ricerca. Bisogna, comunque, procedere con cautela nell'affermare che la sindrome depressiva presente nei soggetti del gruppo S è l'origine del crollo cognitivo degli anziani appartenenti ad esso.

La pseudodemenza diviene così effetto del ricovero in istituto, che è un elemento stressante, causa della depressione del soggetto anziano ricoverato. I dati raccolti sembrano supportare la relazione ipotizzata fra stress del ricovero, pseudodemenza e deterioramento intellettuale nel soggetto anziano istituzionalizzato, ma bisogna comunque sottolineare, che la nostra indagine si è valsa di un gruppo di soggetti non molto ampio e che quindi i nostri risultati necessitano di ulteriori conferme sperimentali e teoriche.

Leuzzi

BATTERIE D'EVALUATION COGNITIVE - B.E.C./96 vers. ital. Gruppo di controllo - *Tab. 1*

Punteggio	item 1 (Sogg.%)	2 (s%)	4 (S%)	5 (S%)	3-6 (S%)	7 (S%)	8 (S%)	9 (S%)
0	-	-	-	-	-	-	-	-
1	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	3 (15%)
3	1 (5%)	-	-	-	-	-	-	1 (5%)
4	-	-	-	-	-	-	-	3 (15%)
5	-	-	-	-	-	-	-	-
6	-	-	-	-	-	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)
7	-	-	2 (10%)	1 (5%)	-	2 (10%)	-	-
8	-	-	2 (10%)	3 (15%)	1 (5%)	2 (10%)	4 (20%)	3 (15%)
9	-	-	3 (15%)	2 (10%)	4 (20%)	3 (15%)	2 (10%)	3 (15%)
10	-	2 (10%)	5 (25%)	2 (10%)	4 (20%)	2 (10%)	1 (5%)	2 (10%)
11	-	4 (20%)	6 (30%)	3 (15%)	3 (15%)	4 (20%)	6 (30%)	1 (15%)
12	19 (95%)	14 (70%)	2 (10%)	9 (45%)	8 (40%)	6 (30%)	6 (30%)	3 (15%)
media punt.	11,55%	11,6%	9,85%	10,5%	10,65%	9,95%	10,2%	7,25%
totale n. ss.	20	20	20	20	20	20	20	20

Il punteggio medio è stato calcolato con la scala Guttman sul totale dei 20 soggetti, che compongono il gruppo C.

BATTERIE D'EVALUATION COGNITIVE - B.E.C./96 vers. ital. Gruppo sperimentale - *Tab. 2* ($\leq 3,5$ mesi dal ricovero in istituto)

Punteggio	item 1 (Sogg.%)	2 (s%)	4 (S%)	5 (S%)	3-6 (S%)	7 (S%)	8 (S%)	9 (S%)
0	-	-	-	-	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	4 (20%)
1	-	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	1 (5%)	1 (5%)	-	6 (30%)
3	3 (15%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	-	2 (10%)	-	2 (10%)
4	-	-	-	1 (5%)	1 (5%)	4 (20%)	1 (5%)	3 (15%)
5	-	5 (25%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	2 (10%)	2 (10%)	1 (5%)
6	-	1 (5%)	-	4 (20%)	1 (5%)	2 (10%)	-	2 (10%)
7	-	1 (5%)	2 (10%)	3 (15%)	3 (15%)	2 (10%)	-	-
8	-	1 (5%)	3 (15%)	4 (20%)	2 (10%)	1 (5%)	3 (15%)	-
9	1 (5%)	1 (5%)	6 (30%)	2 (10%)	2 (10%)	2 (10%)	3 (15%)	1 (5%)
10	3 (15%)	4 (20%)	7 (35%)	2 (10%)	7 (35%)	1 (5%)	6 (30%)	-
11	-	1 (5%)	-	2 (10%)	1 (5%)	1 (5%)	1 (5%)	-
12	13 (65%)	5 (25%)	-	-	-	1 (5%)	3 (15%)	1 (5%)
media punt.	10,2%	8,45%	8,5%	7,87%	7,65%	5,95%	8,6%	3,4%
tot. ss.	20	20	20	20	20	20	20	20

La media del punteggio è calcolata con la scala Guttman. Il gruppo S (sperimentale) si compone di 20 soggetti presi in considerazione statisticamente su 21 effettivamente esaminati

Pseudodemenze e stress

BATTERIE D'EVALUATION COGNITIVE - B.E.C./96 vers. ital.
Gruppo di controllo - **Tab. 3 - Retest** (≥ 1 mese dal test)

Punteggio	item 1 (Sogg.%)	2 (s%)	4 (S%)	5 (S%)	3-6 (S%)	7 (S%)	8 (S%)	9 (S%)
0	-	-	-	-	-	-	-	-
1	1 (5%)	-	-	-	-	-	-	-
2	-	-	-	-	-	-	-	-
3	-	-	-	-	-	-	-	-
4	-	-	-	-	-	-	-	5 (25%)
5	-	-	-	-	-	-	-	1 (5%)
6	-	-	-	-	-	-	1 (5%)	2 (10%)
7	-	-	-	-	-	3 (15%)	1 (5%)	-
8	-	-	2 (10%)	1 (5%)	-	2 (10%)	3 (15%)	2 (10%)
9	-	1 (5%)	4 (20%)	2 (10%)	2 (10%)	2 (10%)	1 (5%)	1 (5%)
10	-	-	11 (55%)	4 (20%)	4 (20%)	-	4 (20%)	5 (25%)
11	-	4 (20%)	1 (5%)	2 (10%)	8 (40%)	5 (25%)	3 (15%)	1 (5%)
12	19 (95%)	15 (75%)	2 (10%)	11 (55%)	6 (40%)	8 (40%)	7 (35%)	3 (15%)
media punt.	11,45%	11,65%	9,85%	11%	10,9%	10,3%	10,15%	7,95%
tot. n. ss.	20	20	20	20	20	20	20	20

Il retest è stato somministrato in 20 soggetti del gruppo C mediamente a un mese dal primo test. Anche in questo caso la media di punteggio è calcolata con la scala Guttman.

BATTERIE D'EVALUATION COGNITIVE - B.E.C./96 vers. ital.
Gruppo sperimentale - Retest **Tab. 4** (≥ 1 mese dal test)

Punteggio	item 1 (Sogg.%)	2 (s%)	4 (S%)	5 (S%)	3-6 (S%)	7 (S%)	8 (S%)	9 (S%)
0	1 (5%)	-	-	-	1 (5%)	-	1 (5%)	3 (15%)
1	-	-	-	-	-	1 (5%)	-	2 (10%)
2	-	-	-	-	-	2 (10%)	-	2 (10%)
3	1 (5%)	1 (5%)	-	-	-	3 (15%)	-	2 (10%)
4	-	1 (5%)	1 (5%)	2 (10%)	-	2 (10%)	1 (5%)	3 (15%)
5	-	3 (15%)	-	4 (20%)	1 (5%)	1 (5%)	2 (10%)	1 (5%)
6	-	1 (5%)	1 (5%)	4 (20%)	2 (10%)	5 (25%)	1 (5%)	3 (15%)
7	-	1 (5%)	3 (15%)	-	2 (10%)	1 (5%)	2 (10%)	1 (5%)
8	-	3 (15%)	4 (20%)	5 (25%)	2 (10%)	1 (5%)	1 (5%)	-
9	2 (10%)	3 (15%)	4 (20%)	4 (20%)	8 (40%)	2 (10%)	1 (5%)	1 (5%)
10	5 (25%)	4 (20%)	3 (15%)	1 (5%)	4 (20%)	-	6 (30%)	-
11	-	1 (5%)	4 (20%)	-	-	1 (5%)	3 (15%)	-
12	11 (55%)	2 (10%)	-	-	-	1 (5%)	2 (10%)	-
media punt.	10,15%	8,05%	8,65%	6,9%	7,95%	4,8%	8,4%	3,35%
totale n. ss.	20	20	20	20	20	20	20	20

La media di punteggio al retest è realizzata con la scala Guttman. Il gruppo S si compone di 20 soggetti esaminati a distanza di ± 30 giorni dalla prima somministrazione del test.

Leuzzi

SELF ANCHORING SCALE - S.A.S. ital.

Gruppo di controllo - *Tab. 5*

Numero soggetti	12 soggetti depressi (punti 12-8)	60 %
Numero soggetti	5 soggetti depressi endogeni-ipocritici (punti < 7)	25 %
Numero soggetti	3 soggetti nella norma clinica (punti 13-17)	15 %
Totale n. soggetti	20	

Solo una piccola percentuale dei 20 soggetti del gruppo C rientra nella norma clinica alla SAS italiana.

SELF ANCHORING SCALE - S.A.S. ital.

Gruppo di sperimentale *Tab. 6* ($\leq 3,5$ mesi dal ricovero in istituto)

Numero soggetti	12 soggetti depressi (punti 12-8)	60 %
Numero soggetti	8 soggetti depressi endogeni-ipocritici (punti < 7)	40 %
Numero soggetti	0 soggetti nella norma clinica (punti 13-17)	0 %
Totale n. soggetti	20	

Il gruppo S non presenta soggetti nella norma clinica dopo il ricovero in istituto.

SELF ANCHORING SCALE - S.A.S. ital.

Gruppo di controllo *Tab. 7 Retest* (≥ 1 mese dal test)

Numero soggetti	18 soggetti depressi (punti 12-8)	90 %
Numero soggetti	0 soggetti depressi endogeni-ipocritici (punti < 7)	0 %
Numero soggetti	2 soggetti nella norma clinica (punti 13-17)	10 %
Totale n. soggetti	20	

Al retest della SAS italiana i soggetti nella norma clinica del gruppo C sono ridotti in percentuale rispetto alla prima somministrazione del test.

SELF ANCHORING SCALE - S.A.S. ital.

Gruppo di sperimentale *Tab. 8 Retest* (≥ 1 mese dal test)

Numero soggetti	8 soggetti depressi (punti 12-8)	40 %
Numero soggetti	12 soggetti depressi endogeni-ipocritici (punti < 7)	60 %
Numero soggetti	0 soggetti nella norma clinica (punti 13-17)	/
Totale n. soggetti	20	

Nel gruppo S non esistono soggetti che rientrino nella norma clinica al retest.

Conclusioni

Al termine dello studio svolto, si può affermare che la condizione anziana in istituto non rappresenta la soluzione opportuna per il soggetto in età senile. Il senior, infatti, come abbiamo dimostrato, quasi sempre reagisce negativamente all'istituzionalizzazione, rifiutando una situazione spersonalizzante ed alienante. I ricoverati in casa di riposo presentano caratteristiche sociali simili tra loro, condizioni economiche disagiate e comunque scarse per il proprio sostentamento, perdita del coniuge, la lontananza dai figli, l'abbandono da parte di questi del genitore anziano, visto come un carico inutile per la famiglia.

Raramente, nella nostra indagine, è l'anziano a scegliere la soluzione del ricovero in istituto, quasi sempre è costretto, per i motivi precedentemente esposti, ad accettarlo come imposizione, spesso, senza alternativa.

La frustrazione, che deriva dal ricovero, viene ad esprimersi sotto forma di aggressività e conflitto dell'ospite rispetto alla struttura ed al personale con cui si trova a contatto. E' difficile che l'anziano istituzionalizzato riesca ad instaurare un rapporto positivo con la struttura che lo ospita, oppure con gli altri anziani ricoverati. Il soggetto che vive in casa di riposo, ritiene di essere spesso diverso dagli altri ospiti della struttura e raramente si integra con essi, stabilendo un rapporto di tipo amicale e confidenziale.

La reazione adattativa all'Istituto risulta diversa anche in base alla componente sessuale; gli uomini presentano un migliore adattamento oggettivo, ma sono soggettivamente disadattati; mentre le donne, pur lamentando una condizione oggettivamente precaria all'adattamento in istituto, sono meglio integrate nella struttura, in quanto si rassegnano più facilmente, adeguandosi alla nuova condizione di ricoverate. Esse, inoltre, riescono meglio a mantenersi attive, conservando alcuni interessi che avevano all'esterno o creandosene di nuovi, mentre gli uomini incontrano difficoltà maggiori nel conservare le proprie abitudini o a ricercarne di nuove nell'istituto.

Anziani particolarmente attivi ed autosufficienti, legati ed inseriti nel mondo esterno, soli o coniugati, sono soggetti che quasi sicuramente non riusciranno ad adattarsi alla realtà dell'istituto, rischiando una fase di esaurimento delle capacità adattive.

Proporre una soluzione diversa al problema della assistenza agli anziani, che sia più consona ad essi nel garantirne un migliore equilibrio psicologico per l'anziano è il rimanere in famiglia, con i propri affetti e nella propria abitazione o per lo meno poter usufruire di una assistenza personale all'interno della propria struttura abitativa, in cui ci si senta protetti e a proprio agio.

Bibliografia

1. Amoretti, G., Ratti, M.T., *Psicologia e terza età*, Roma, NIS, 1994.
2. Amoretti, G., Ratti, M.T., *Le funzioni cognitive nella terza età*, Roma, NIS, 1991.
3. Amoretti, G., Ratti, M.T., Il cervello senile, *Giornale di Gerontologia*, sett. 1981, n. 9.
4. Baltes, P.B., Schaie, K.W., *Il pregiudizio negli anni del crepuscolo*, *Psicologia contemporanea*, 17, 1976.
5. Bisio, B., *La vecchiaia mentale*, Padova, Cedam, 1964.
6. Canestrari, R., et al., *Il disadattamento degli anziani e il problema dell'assistenza pubblica*, Bologna, Cappelli 1967.
7. Canestrari, R., Godino, A., et al., *Anziani fra normalità e malattia*, Bologna, Istituto Giovanni XXIII editr., 1987.
8. Canestrari, R., Godino, A., *Manuale di Psicologia*, Bologna, Clueb, 1994.
9. Cesa-Bianchi, M., *Psicologia dell'invecchiamento*, Roma, NIS, 1987.
10. De Leo, D., Magni, *Disturbi affettivi nella terza età*, Milano, Masson, 1987.
11. Di Domenico, E., *Aspetti psico-sociologici dell'età involutiva*, L'Aquila, Japadre, 1975.
12. Erikson, E.H., *I cicli della vita. Continuità e mutamenti*, Roma, Armando, 1986.
13. Gallino, L., *Le disuguaglianze sociali*, in *manuale di Sociologia*, Torino, Utet, 1994.
14. Giumelli, G., *La condizione degli anziani. Annotazioni a margine di una recente indagine Istat, Senectus*,. 1994.
15. Godino, A., *Problemi psicologici della mezza età*, Bologna, Cappelli, 1984.
16. Godino, A., et al., Deficit cognitivi nell'anziano come reazione selettiva allo stress: uno studio controllato, *Medicina Geriatrica*, XXV, 3, 1993, (pp. 287-292).
17. Godino, A., et al., *Studio per componenti delle funzioni cognitive nell'anziano: reazioni patologiche allo stress e deficit evolutivo*, XXII Congresso degli Psicologi Italiani, S. Marino, 28 maggio-giugno 1991.
18. Godino, A., *Cronicizzazione psichiatrica e sindromi psicopatologiche nell'anziano*, Università di Lecce, 1997.
19. Goldstein, J.M., *Le modificazioni nell'intelligenza e della personalità nell' invecchiamento*, *Longevità*, 1960, n. 6.
20. Havighurst, R.J., *L'invecchiare con successo*, *Longevità*, 6, 1960 (pp. 18-28).
21. Laicardi, Piperno, *La qualità della vita nella terza età*, Roma, Borla, 1980.
22. Neugarten, B.L., *Studi sulla personalità*, *Longevità*, n. 6, 1960.
23. Paguni, R., *Psicologia dell'invecchiamento*, Contributi Istituto di Psicologia Università di Bologna, 1983.
24. Parmlee, P.A., et al., *La relazione dolore-depressione in pazienti anziani istituzionalizzati*, *Giornale di Gerontologia*, 46, 1991.
25. Piaget, J., *Psicologia dell'intelligenza*, Firenze, Giunti-Barbera, 1978.
26. Rovner. B.W., et al., *Depressione e mortalità nelle case di riposo*, *Geriatrics*, 1992.
27. Salmaso, D., Caffarra P. (ed.), *Normalità e patologia delle funzioni cognitive nell'invecchiamento*, Milano, Franco Angeli, 1990.
28. Selye, H., *La sindrome di adattamento*, Milano, Rizzoli, 1955.

29. Selye, H., *Stress senza paura*, Milano, Rizzoli, 1976.
30. Spinnler, H., *Il decadimento demenziale*, Roma, Il Pensiero Scientifico, 1984.
31. Welford, A.T., *Motivazione, abilità ed apprendimento in relazione all'età*, in *Psicologia della senescenza*, Cesa-Bianchi (ed.), pp. 147-162), Milano, Franco Angeli, 1978.
32. Wertheimer, M., *Il pensiero produttivo*, Firenze, Giunti-Barbera, 1965.

Riassunto

Lo studio ha permesso di conoscere la condizione del soggetto anziano istituzionalizzato, attraverso i dati raccolti e il sostegno teorico delle diverse prospettive di studio sull'invecchiamento, sull'intelligenza in età senile e sulla risposta ad un evento stressante, quale può essere il ricovero in istituto.

I risultati ottenuti dall'analisi dei quarantuno soggetti esaminati, residenti in casa di riposo e nelle proprie abitazioni, con la somministrazione di test di misurazione intellettuale e di valutazione del livello di autostima, hanno evidenziato l'esistenza di una sindrome pseudodemenziale nel soggetto istituzionalizzato, quale reazione allo stress del ricovero in istituto. La componente maschile dei soggetti residenti in casa di riposo risente maggiormente della condizione di isolamento e chiusura rispetto all'ambiente esterno, di alienazione e frustrazione nei confronti dei rapporti con l'altro. L'insorgenza di un calo delle capacità intellettive come reazione immediata all'istituzionalizzazione che ci si è proposto di dimostrare, è stata confermata dai risultati del BEC/96, sostenuti dal manifestarsi di un crollo del livello di autostima, come evidenziano i dati della SAS italiana.

Gli esiti raggiunti dalla ricerca forniscono, con il supporto dei dati sperimentali raccolti, un suggerimento per successivi studi sul soggetto anziano nell'ambito della psicologia applicata.

Résumé

L'étude a permis de connaître la condition de la personne âgée institutionalisée, à travers les données recueillies et le soutien théorique de diverses perspectives d'étude sur le vieillissement, sur l'intelligence pendant l'âge sénile et sur la réponse à un événement stressant, tel que l'admission à l'hospice.

Les résultats obtenus à partir de l'analyse des 41 sujets examinés, résidants dans des hospices ou chez eux, par l'administration de tests de la capacité intellectuelle et d'évaluation du niveau de l'estime de soi-même, ont évincé la présence d'une syndrome pseudo-démontiel comme réaction au stress de l'ingrés dans l'hospice.

Les hommes résidants dans les hospices ressentissent le plus la condition d'isolement et détresse au regard du milieu, d'alienation et de frustration vis-à-vis des rapports avec les autres.

La naissance d'une baisse des capacités intellectives comme réaction immédiate à l'institutionnalisation a été confirmée par les résultats au BEC/96, soutenus par la manifestation d'un effondrement du niveau d'estime de soi-même, comme les données de la SAS italienne mettent en évidence.

Les résultats atteints par la recherche fournissent, avec le support des données expérimentales recueillies, une aide pour des études ultérieures sur la personne âgée dans le domaine de la psychologie appliquée.

Abstract

The research has allowed to know the condition of the old inmate subject by means of collected data and the theoretical support of different perspectives of studying on aging, on intelligence in senile age and on the reaction to a stressor as the admission in an institution can be.

The result achieved from the study of the 41 observed subjects, residing in a charitable institution or in their own houses, with the administration of tests of intellectual measuring and of evaluation of self-estimation level, have showed the presence of a cognitive loss in the inmate subjects as reaction to the stress of the admission in an institution.

The male members of the subjects residing in an institution are the ones who feel the most the condition of isolation with regards to the outward sphere, of alienation and frustration towards the relationships with others.

The manifestation of a decline of intellectual abilities, as an immediate reaction to the admission in an institution has been corroborated by the results of BEC/96: these results are supported by a manifestation of a collapse of the self-estimation level, as the data of Italian SAS emphasize.

Results achieved from the research provide, by a support of the experimental data, a suggestion for following studies about the elder in the field of applied psychology.

Leuzzi

DONATA
16.12.1997

Retest

MAN. MENT. 12
ORIENT.
3

3
2 10
0
2

PROBL.

2
2
2 10
1
1
2

FLUENZA VERB.
RICORDO:

Evocaz.: 3/6
Riconosc.: 6/6

APPREND.: (0) + (2) + (4) = 6

DENOM.: 12

VISUOCOSTR.: 6

- PUNTI. TOT. BEC/96: 74

- PUNTI. SAS ITALIANA: 10 depressa

Pseudodemenze e stress		
-------------------------------	--	--

ANTONIO
05.1.1997

M.

74 a.
licenza elementare

B.E.C./96

MAN. MENT. 12
ORIENT.

3

3 11

2

2

1

PROBL.

2

2

2 10

1

1

2

FLUENZA VERB.

8

RICORDO:

Evocaz.: 4/6

Riconosc.: 6/6

APPREND.: (1) + (2) + (4) = 6

DENOM.: 12

VISUOCOSTR.: 12

- PUNTI. TOT. BEC/96: 81

- PUNTI. SAS ITALIANA: 8 depressa

Leuzzi

ANTONIO
16.12.1997

Retest

MAN. MENT. 12
ORIENT.

3

3 12

2

2

2

PROBL.

2

2

2 11

2

1

2

FLUENZA VERB.

9

RICORDO:

Evocaz.: 4/6

Riconosc.: 6/6

APPREND.: (2) + (0) + (5) = 7

DENOM.: 11

VISUOCOSTR.: 9

- PUNTI. TOT. BEC/96: 81

- PUNTI. SAS ITALIANA: 11 depresso

1. Le teorie dell'invecchiamento.

Molteplici sono gli orientamenti di studio sull'invecchiamento, contenuti nelle diverse teorie dello sviluppo.

Da un punto di vista biologico l'età senile rappresenta l'involutione di alcune attività dell'individuo, che sono maturate nell'arco di vita sino all'età adulta e che nel soggetto anziano si deteriorano gradualmente a causa di un declino funzionale dell'organismo geneticamente stabilito.

Le fasi dello sviluppo di Piaget sono un modello di teoria organismica dello sviluppo; nell'epistemologia genetica si intende lo sviluppo come l'adattamento dell'individuo all'ambiente, ma fondamentali in questo processo evolutivo sono le caratteristiche biologiche programmate geneticamente dell'individuo, che determinano una maturazione libera da qualsiasi intervento esterno dell'organismo.

L'invecchiamento, in questa prospettiva, viene ad essere inteso, spesso, come "senectus ipsa morbus"; così Walford (Walford, 1980) evidenzia un decadimento delle difese immunitarie che provoca il deterioramento fisico e psichico nel soggetto in età senile.

Teorie dialettiche dello sviluppo, che mettono in evidenza l'interazione esistente tra la crescita dell'individuo e i fattori esogeni ed ambientali sono quelle psico-dinamiche di Erikson e Bühler (Godino, 1984).

Lo sviluppo dell'individuo per Erikson si articola in otto stadi, l'ultimo di essi è l'età senile, che ha inizio intorno al sessantesimo anno di vita e prosegue sino alla fine dell'esistenza.

Erikson afferma che il soggetto anziano tende ad una interiorizzazione sempre maggiore e a una crescente consapevolezza di sé, che si realizza durante la vita e si conclude nell'invecchiamento, o positivamente con un'integrità e stabilità dell'Io o negativamente con il rifiuto del proprio passato e la depressione dell'individuo.

Di impostazione meccanicistica sono gli studi sullo sviluppo di Levinson, Thomae e Neugarten. Le varie fasi della maturazione dell'uomo, quindi anche la senescenza, sono determinate dalla capacità di adattamento a fattori esterni o ai mutamenti nel corso della vita. Così la Neugarten considera l'età senile come la diretta conseguenza delle caratteristiche che l'individuo presenta nell'età adulta.

Tra le teorie della personalità quelle sull'invecchiamento di Cumming ed Henry e di Friedman ed Havighurst sono le più accreditate fra gli psicologi ed i sociologi dell'età senile.

La teoria del disimpegno progressivo di Cumming ed Henry sostiene il graduale allontanamento dell'anziano da ogni attività fisica, psicologica e sociale e la fine dell'interazione esistente fra individuo e società, in modo vantaggioso per entrambi.

La teoria dell'attività di Friedman ed Havighurst evidenzia la necessità del soggetto anziano di mantenere attive le proprie funzioni ed i propri interessi per un adattamento all'età senile.

Queste diverse prospettive di indagine sullo sviluppo e quindi sull'invecchiamento, come fase conclusiva di esso in una concezione dinamica dell'arco di vita, chiariscono le difficoltà di una precisa ed univoca analisi della senescenza. Risulta evidente che non esiste una sola teoria dell'invecchiamento, ma che numerosi fattori quali, il genetico-biologico, la realtà socio-economica e culturale, le esperienze di vita del soggetto anziano, la sua personalità e l'ambiente ne determinano le caratteristiche e l'evoluzione.

2. La realtà attuale della popolazione anziana.

Il miglioramento della qualità della vita grazie al calo della mortalità infantile, al progresso scientifico, che ha aumentato le aspettative di vita, ha generato un forte incremento della popolazione verso l'inizio del XX secolo. Oggi la popolazione anziana in Italia rappresenta il 16,8 % del totale, di cui il 13,9% è costituito da coloro che hanno più di 65 anni e il 2,9% è ultraottantenne (Giumelli, 1994).

Nel nostro Paese gli anziani rappresenteranno più di un quarto del totale e fra essi è destinato a crescere il numero dei "grandi vecchi", degli "old-old". La terza età, che ha inizio indicativamente con il pensionamento, nella società industriale, come fine della produttività, è caratterizzata da condizioni di salute accettabili e da una buona capacità di relazionare con gli altri e di mantenersi attivi. L'ultima fase della senescenza, la quarta età o longevità, è invece caratterizzata da una perdita di autonomia e della funzionalità fisiche e psichiche del soggetto anziano.

La popolazione anziana risulta composta, rispetto al sesso e all'età, da una maggiore percentuale femminile rispetto a quella maschile, in quanto le donne hanno un'età media di 80 anni rispetto ai 75 degli uomini, perché più longeve.

Mediamente il grado di scolarità della popolazione anziana risulta essere basso, circa per il 79,3%, solo l'8,1% ha conseguito un titolo di studio. L'analfabetizzazione è maggiormente presente fra le donne.

Le condizioni di salute degli anziani risultano essere per la maggior parte di essi "cattive", circa per il 20,8%, solo il 15% le giudica buone.

Pollak (Cesa-Bianchi, 1987) sottolinea come l'invecchiamento sia l'età del *maladjustment*, del disadattamento e della frustrazione dell'individuo, rispetto alla sua condizione di anziano e rispetto all'ambiente che lo circonda. Anche Birren parla di alienazione del soggetto in età senile, a causa di una progressiva perdita di significato e di potere ed un crescente isolamento ed annullamento di sé, che conduce ad una regressione dell'individuo. Di Domenico (Di Domeni-

co, 1975), in una prospettiva fenomenologico-sociologica dell'anziano nella società, parla di annullamento del *senior*, di chiusura e staticità del soggetto anziano nelle sue funzioni di confronto ed apertura al mondo esterno.

L'inizio dell'invecchiamento viene quasi sempre a coincidere con l'età del pensionamento sia a causa degli stereotipi imposti dalla società industriale, sia per come lo percepisce l'individuo. Il pensionamento (Godino, 1984) è in realtà una fase di adattamento, che il singolo si trova ad affrontare per ristabilire un nuovo equilibrio e interiore, e con l'ambiente esterno. L'andare in pensione viene infatti subito dal soggetto come un evento stressante al quale si reagisce riorganizzando il proprio tempo ed i propri interessi.

L'individuo viene così a trovarsi in una situazione frustrata, sia a causa delle proprie esigenze non più soddisfatte di riconoscimento e autogrificazione di sé, sia per l'esclusione più o meno graduale ed evidente da una struttura sociale, che lo reputa, ora, improduttivo e sterile.

Non è quindi l'individuo in età senile a tendere ad un maggiore isolamento ed emarginazione, ma è la società ad imporgli tale chiusura (Gallino, 1994).

L'anziano non è in condizioni di difendersi neanche economicamente dalla sua condizione di emarginato, in quanto le sue risorse economiche, in genere, sono appena sufficienti al proprio sostentamento.

Birren (Cesa-Bianchi, 1987) nelle sue ricerche, ha dimostrato come il fattore economico influenzi direttamente il mantenimento o l'involuzione delle capacità fisiche e psichiche del soggetto anziano.

Inoltre i rapporti con i familiari ed i parenti risultano essere molto dilatati e spesso assenti, per la maggior parte degli anziani, che vengono così privati di quei ruoli all'interno di un nucleo familiare sempre più ristretto, che garantirebbero un buon mantenimento della funzionalità e della affettività dell'anziano.

Come ha evidenziato Maderna (Cesa-Bianchi, 1987) nella famiglia patriarcale, meglio strutturata gerarchicamente, l'anziano ricopre un ruolo fondamentale di apporto di saggezza ed autorità; nella famiglia di oggi questi è divenuto solo un "peso", mal volentieri tollerato e sempre più spesso affidato ad enti o istituti, che lo accudiscono in maniera spersonalizzante ed alienante per l'anziano.

3. Intelligenza e sua evoluzione

Si è concordi nel definire l'intelligenza come la capacità che ha l'uomo di adattarsi a nuove situazioni e di superare le difficoltà. E', comunque, difficile riuscire ad individuare un solo orientamento di studio sull'intelligenza, in quanto varie sono le sue componenti ed anche le teorie di studio proposte.

I pragmatisti, quali James e Dewey, in linea con la teoria darwiniana dell'evoluzione intendono l'intelligenza una funzione strutturale dell'uomo, un

mezzo per adempiere quotidianamente all'adattamento della specie. Fechner, nella sua prospettiva psico-fisiologica, definisce la capacità intellettuale l'insieme delle leggi che regolano il rapporto mente-corpo.

Negli anni trenta Spearman, attraverso le sue ricerche, espone la teoria bifattoriale dell'intelligenza. Secondo questa tesi in tutte le funzioni psichiche vi è un fattore comune ed un fattore specifico, caratteristico di ogni singola attività. Spearman chiama il fattore comune, intelligenza generale, "g", strutturata gerarchicamente in una sempre maggiore specificità di fattori. Un modello organico dello sviluppo dell'intelligenza, come facoltà che si evolve nell'arco di vita, viene proposta per la prima volta da Piaget. Secondo la teoria piagetiana, l'intelligenza si evolve nel corso dello sviluppo verso una situazione di equilibrio, attraverso quattro fasi, così suddivise: 1 fase: intelligenza sensomotoria o prelogica; 2 fase: rappresentazioni preoperazionali; 3 fase: operazioni concrete; 4 fase: operazioni logico-formali.

Di impostazione gestaltica sono gli studi sull'intelligenza di Wertheimer (1965), che distingue nella facoltà intellettuale fra compiti "produttivi" e "riproduttivi". I primi sono rappresentati da quelle funzioni intellettive, quali la creatività e l'intuizione, che costituiscono la vera intelligenza. I secondi sono formati dalle capacità di apprendimento e recupero, che sono gli aspetti dell'intelligenza primariamente considerati nella misurazione attraverso i test del quoziente intellettuale (QI).

Lo studio psicometrico dell'intelligenza esamina solo alcune delle funzioni intellettive, quelle definite "intelligenza psicometrica" tralasciando lo studio della componente pragmatica, relativa alle capacità pratiche ed operative del soggetto.

4. Capacità intellettive nella terza età

I primi studi sull'intelligenza nell'invecchiamento sono quelli di Quételet (Lehr, 1979), che si occupa di sottolineare attraverso l'analisi scientifica lo sviluppo della capacità intellettuale in relazione all'età del soggetto.

Galton (Birren 1961), seguendo l'impostazione di Quételet, propone delle ricerche supportate da alcune misurazioni grezze dell'intelligenza nella età senile.

Ricerche meglio strutturate hanno dimostrato l'esistenza di una sempre maggiore differenziazione delle funzioni cognitive durante lo sviluppo dell'individuo, come Hall ha evidenziato nel suo studio sulle diversità funzionali fra soggetti anziani e giovani. Questa prospettiva d'indagine resta fondamentale nell'analisi dell'intelligenza nell'invecchiamento, così come la ricerca sulla risposta ritardata agli stimoli nei soggetti anziani di Pavlov.

Una teoria sistematica dell'intelligenza in età senile propone un decadimento globale della facoltà intellettuale in tutte le sue funzioni: Horn e Cattell (1966),

invece, sostengono la necessità di una differenziazione delle componenti intellettive in “intelligenza fluida” ed “intelligenza cristallizzata”. La prima comprende la capacità di risoluzione dei problemi, di velocità – agilità mentale, di memoria associativa, ed è sottoposta al deterioramento in rapporto all’età del soggetto. La seconda è costituita dalle capacità linguistiche e culturali di base, ed è dipendente dall’ambiente e da fattori esogeni al soggetto e rimane stabile nel corso della vita, anche nell’età senile.

Baltes (1976) mostra che in una ricerca sull’intelligenza in relazione all’invecchiamento è necessario considerare alcuni parametri fondamentali per una analisi corretta. La multidimensionalità propone uno studio dell’intelligenza nelle sue componenti fluida e cristallizzata, la multidirezionalità sottolinea l’incongruenza, spesso esistente, fra età cronologica, età psicologica ed età sociale; infine la variabilità interindividuale evidenzia le molteplici differenze individuali, che si accentuano nell’età senile.

Questi criteri uniti alle diverse tipologie di ricerca: *studio trasversale*, composto da soggetti di età diversa esaminati in uno stesso periodo di tempo; *studio longitudinale*, costituito da un unico gruppo di soggetti durante un periodo di tempo piuttosto lungo; *studio sequenziale* o *trasversale allargato*, che vede l’unione dei due precedenti, considerando l’esame di soggetti di età diversa, durante un arco di tempo prolungato, permettono un’indagine sperimentale dell’interazione fra età e funzioni cognitive.

La graduale diminuzione delle capacità intellettive si verifica nel soggetto dopo i 70 anni, ma si avverte un calo più netto delle funzioni cognitive tra i 75-78 anni, a causa di uno stato depressivo dell’anziano in questa fase del processo d’invecchiamento.

Il crollo di alcune funzionalità intellettive non implica la esclusione del senior da qualsiasi attività sociale e culturale, in una prospettiva di isolamento ed emarginazione, sempre negativa e sterile per l’individuo. In quanto, anche su base funzionale-biologica, numerosi studi hanno evidenziato il fenomeno della “vicarianza delle attitudini”, che determina il supplire ai compiti delle capacità intellettive decadute, da parte di quelle ancora attive, in una specie di scambio inter-funzionale. Questo dimostra ulteriormente che l’età senile, in assenza di stati patologici, mantiene integre, seppur mutate in una prospettiva diversa, le caratteristiche strutturali dell’intelligenza del soggetto anziano.

5. Analisi delle funzioni mnestiche in età senile

La memoria è la funzione mentale maggiormente colpita dal processo d’invecchiamento. Nell’invecchiamento ad essere maggiormente compromessa nel suo funzionamento è la memoria a breve termine (MBT), come hanno dimo-

strato molteplici ricerche, tra cui quelle di Hasher e Zacks, e Craik (1979, 1969).

Hasher e Zacks operando una distinzione tra processi automatici della memoria, che non richiedono un particolare impiego di energie attentive, e processi elaborativi, quali il riconoscimento per esempio, che provocano un innalzamento dell'attenzione, hanno sottolineato come questi ultimi decadono maggiormente nel soggetto anziano, in quanto, come ha evidenziato anche Craik il soggetto in età senile incontra difficoltà attentive elevate, che provocano un dispendio di energia funzionale. Inoltre i processi automatici non migliorano con l'esercizio a differenza di quelli controllati volontariamente e sono scarsamente influenzati da fattori esterni.

Questo scarso utilizzo delle capacità attentive e di concentrazione, da parte del soggetto anziano, anche a causa di fattori non esclusivamente biologici, influisce direttamente sulla MBT. Il senior infatti si sente spesso demotivato a fissare nuove informazioni. Alcuni ritengono che la MBT sia maggiormente compromessa tra le funzioni mnestiche, non tanto a causa di una difficoltà nel recupero dell'informazione, quanto per una incapacità di encoding, di codifica dell'informazione stessa, attraverso la scelta di strategie appropriate.

La MLT, ossia il recupero di informazioni già codificate precedentemente, rimane sostanzialmente integra, soprattutto riguardo alla memoria autobiografica, che non solo è ben codificata, ma è anche strutturata e strettamente organizzata attorno all'ego del soggetto anziano.

I deficit mnestici dell'età senile risultano particolarmente evidenti negli item, quale l'acquisizione di immagini, o in compiti di memoria verbale, dove appunto è sollecitata la MBT attraverso la scelta di opportune strategie di codifica dell'informazione.

A motivare un calo nelle prestazioni mnestiche del soggetto anziano, non sono solo le difficoltà funzionali illustrate, ma anche meccanismi di tipo emotivo-motivazionale. Il senior, infatti, è più soggetto ad un innalzamento dell'arousal, del livello di attivazione, e questo provoca un maggiore dispendio delle energie attentive ed una minore capacità di codificazione.

6. Le altre funzioni intellettive nell'invecchiamento

Abbiamo evidenziato come il declino delle capacità mnestiche sia causato, in parte, da una difficoltà di scelta delle strategie di codifica. A determinare il calo della capacità di encoding è il rallentamento, in età senile, del tempo di reazione (TR).

Esso sta ad indicare la velocità di risposta agli stimoli da parte del sistema nervoso centrale (SNC).