

L'invecchiamento psicologico. Il mantenimento della Qualità della vita (QdV) e il modello 'Proactive Aging'

Daniele Fedeli

Nel corso degli anni l'aspettativa di vita media è aumentata in modo significativo in tutte le nazioni occidentali: se nel 2000 la popolazione mondiale che superava i 60 anni d'età si aggirava intorno ai 650 milioni di individui, si stima che tale cifra si attesterà sui 2 miliardi di persone nel 2050 (WHO, 2012).

Come sottolinea la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità, questo drastico incremento della durata di vita rappresenta un'opportunità ma anche una sfida. Gli aspetti positivi risiedono nel patrimonio di conoscenze, di memorie e di competenze rappresentato da questa fascia della popolazione, ma anche nelle risorse informali che può mobilitare all'interno di reti di supporto formali ed informali. Al contempo, però, l'avanzamento d'età pone anche delle sfide significative a livello sociale, legate soprattutto all'aumento di incidenza di disabilità e di malattie croniche (Freedman et al., 2014), con evidenti ripercussioni sia sul piano del benessere individuale sia su quello dei costi economici e sociali¹ (Thompson, Zack, Krahn, Andresen & Barile, 2012).

La QdV: prospettive e limiti

Tali considerazioni hanno spostato progressivamente l'attenzione dal tema dell'invecchiamento a quello della Qualità della Vita, ossia le condizioni che rendono soddisfacente l'età avanzata. In realtà, il paradigma della QdV ha costituito una prospettiva di ricerca tanto promettente quanto complessa, dando luogo a numerosi modelli descrittivi ed esplicativi, spesso non integrabili. Fondamentalmente, il campo è stato segnato da due profonde dicotomie (Cottini & Fedeli, 2008):

- oggettivo vs. soggettivo: la prima ha riguardato la contrapposizione tra studi di impianto medico o sociologico, che hanno concentrato l'attenzione su variabili cosiddette 'hard' (ad esempio, lo stato di salute oggettivabile in parametri biologici o il livello di reddito), e approcci di tipo psicologico, che invece hanno privilegiato variabili 'soft', a partire dalla percezione soggettiva che il soggetto ha della propria condizione di vita;
- ambiti vs. dimensioni: la seconda dicotomia si è concretizzata tra quanti hanno individuato una serie di ambiti in cui si articola la QdV (ad esempio, la salute fisica e quella psicologica, le relazioni sociali, la funzionalità di ruolo, ecc.)² e quanti invece hanno privilegiato l'analisi di dimensioni trasversali ai differenti ambiti (ad esempio, il livello di controllo o di continuità che la persona avverte in ambito familiare e sociale, nella gestione della salute, ecc.)³.

Nel caso delle persone anziane si aggiungono due ulteriori questioni problematiche di non semplice soluzione. Innanzitutto, il cosiddetto '*disability paradox*'. Alcune ricerche hanno infatti evidenziato come talvolta all'incremento di compromissioni motorie e cognitive legate all'invecchiamento, non corrisponda una prevedibile riduzione del benessere soggettivamente percepito (Yorkston, McMullan, Molton & Jensen, 2010). Il meccanismo chiamato in causa per spiegare tale paradosso rimanda allo 'slittamento degli standard di riferimento': in altre parole, con l'aumentare dell'età alcune persone tenderebbero ad abbassare le aspettative relative alla propria funzionalità quotidiana e

alla possibilità di partecipazione sociale, ritendendosi pertanto soddisfatte anche in presenza di condizioni di vita oggettivamente limitate (Thompson, Zack, Krahn, Andresen & Barile, 2012).

Il secondo rischio metodologico è noto come *'stereotype threat'*: le persone cioè tenderebbero ad abbassare inconsapevolmente la propria performance cognitiva e comportamentale, in base ad alcuni stereotipi che gravano sulla loro condizione (Horton, 2010). Nello specifico, a due gruppi di persone anziane, cui erano state precedentemente fornite delle informazioni volutamente enfatizzate sul decadimento cognitivo connesso all'invecchiamento, veniva presentato il medesimo compito cognitivo: in un gruppo, però, veniva indotta l'aspettativa che la prova valutasse funzioni tipicamente preservate in età avanzata (come ad esempio il possesso di conoscenze semantiche), mentre nel gruppo sperimentale il compito veniva collegato a funzioni fluide maggiormente compromesse col passare degli anni (ad esempio, la velocità di elaborazione delle informazioni o la memoria di lavoro visuospatiale⁴). I dati, relativi ad una performance significativamente peggiore da parte del secondo gruppo, evidenziano il peso degli stereotipi connessi all'invecchiamento.

Il modello del 'Pro-active Aging'

Nel 2002 l'Organizzazione Mondiale della Sanità introduce il concetto di *'active aging'*, definendolo come *il processo tramite cui vengono ottimizzate le opportunità per promuovere la salute, la partecipazione e la sicurezza delle persone che avanzano con gli anni*. Riprendendo il lavoro anche di altri studiosi sul tema del *'successful aging'*, potremmo definire un invecchiamento di qualità come il mantenimento di strategie di *'coping'* e di un senso di controllo in presenza degli eventi connessi con l'avanzare dell'età (Baltes & Baltes, 1990).

In entrambi i casi, viene sottolineato come l'invecchiamento non possa consistere nel semplice prolungamento della vita media

e nel contenimento degli eventi morbosi, quanto nel sostenere un approccio pro-attivo da parte dell'individuo nei confronti della propria vita.

A tal proposito, allora, è possibile riprendere ed adattare il *'Proactive Model of Successful Aging'* (Kahana, Kelley-Moore & Kahana, 2012), in base al quale la QdV delle persone anziane sarebbe correlata alla loro capacità di utilizzare le risorse interne ed esterne per prevedere ed affrontare in modo proattive le sfide connesse all'invecchiamento. Tale modello, allora, può essere articolato in tre parole-chiave: 1) *pianificazione*, 2) *agency* e 3) *significato*.

In primo luogo, si è rilevato come durante l'invecchiamento la QdV è fortemente correlata alla pianificazione, ossia alla capacità di prevedere e di gestire in modo proattivo i cambiamenti (positivi e negativi) dovuti al passare degli anni, senza subirli in modo passivo: la capacità di formulare progetti in età avanzata, soprattutto nel momento in cui vengono meno altri impegni lavorativi e familiari, rappresenta uno dei fattori di maggior protezione del benessere emotivo e fisico individuale. Questa competenza è strettamente intrecciata con due altre dimensioni psicologiche: la prima è la memoria di lavoro. Pianificare, infatti, implica la capacità di mantenere attive in memoria una serie di informazioni relative all'ambiente, nonché i piani per affrontare eventuali sfide di adattamento: eventuali deficit mnestici, in tal senso, determinano comportamenti caotici e sregolati. Numerose ricerche evidenziano a tal proposito una correlazione altamente positiva tra efficienza in prove di working memory e QdV in età avanzata (Stephan, Caudroit & Chalabaev, 2011).

Il tema della pianificazione si collega però anche all'orientamento temporale, ossia alla capacità del soggetto di percepirsi in una traiettoria che ha un passato, un presente ma anche un futuro. In tale direzione si pone un significativo studio di Palgi e Shmotkin (2010), che in un campione di 164 persone

ultra-ottantenni hanno rilevato quattro tipiche traiettorie temporali:

equilibrata, in cui cioè la soddisfazione per il passato è del tutto in linea con le aspettative per il proprio futuro;

ascendente, in cui la persona si aspetta un futuro di maggior benessere rispetto a quanto non sia stato il proprio passato;

discendente, in cui invece si ritiene il passato come maggiormente soddisfacente rispetto a quanto non riservino ormai gli anni a venire;

assente, in cui cioè il soggetto non è in grado di descrivere alcuna traiettoria (sia essa stabile, ascendente o discendente) per la propria esistenza.

I risultati della ricerca mostrano che la traiettoria equilibrata è quella associata al maggior grado di benessere⁵, ma soprattutto evidenziano come l'assenza di una traiettoria esistenziale sia connessa al massimo grado di disadattamento e di malessere individuale.

La seconda componente del modello è rappresentata dal senso di 'agency', ossia dalla percezione del soggetto di essere agente attivo nella propria vita e nel proprio ambiente, e non semplice ricettore dell'assistenza e della cura altrui, per quanto di qualità. Numerosi studi mostrano come il senso di controllo e un adeguato livello di autoefficacia, ossia la convinzione di aver mantenuto le abilità necessarie per adattarsi all'ambiente, si correlino con la QdV soggettivamente esperito molto più di quanto non facciano variabili hard, come ad esempio lo stato di salute oggettivamente rilevato, il reddito individuale, la qualità e la quantità di cure mediche ricevute, ecc. (Layte, Sexton & Savva, 2013).

Terza ed ultima componente è costituita al significato personale. Nel corso dell'invecchiamento, infatti, la persona affronta, e spesso subisce, una serie di cambiamenti spesso involutivi, dal pensionamento alla perdita di persone care, dalla riduzione dell'efficienza fisica alla

necessità di inserimento in strutture protette, ecc. Tutto ciò inevitabilmente impatta l'immagine che il soggetto ha sviluppato di sé nel corso degli anni, nonché il significato che ha attribuito alla propria esistenza. Viceversa, ai fini del mantenimento della QdV e del benessere soggettivamente percepito gioca un ruolo di primo piano la capacità dell'individuo di mantenere una forte *coerenza* nel significato della propria vita, anche a fronte dei cambiamenti numerosi, improvvisi e talvolta negativi (Trentini et al., 2012).

Un aspetto collegato al tema del significato è sicuramente quello della pratica religiosa (o spirituale in senso più ampio) che, secondo alcuni studi, aumenterebbe la resilienza individuale (Vahia et al., 2011), tramite due meccanismi d'azione: da un lato, dotando di senso anche eventi stressanti esperiti dalla persona anziana (come l'insorgenza di malattie croniche o il verificarsi di lutti), dall'altro lato mantenendo e talvolta rafforzando la rete di rapporti sociali emotivamente coinvolgenti e reciprocamente supportivi (Park & Roh, 2013)

Conclusioni:

Nuove prospettive per l'invecchiamento

I contributi della ricerca psicologica e delle neuroscienze ai processi di invecchiamento sono stati numerosi, soprattutto nel corso degli ultimi anni, spaziando dalle dimensioni strettamente neurofisiologiche a quelle relazionali: così, di volta in volta è stata focalizzata l'attenzione sul ruolo protettivo del supporto sociale, dell'autoefficacia, dell'efficienza fisica, ecc., considerate variabili in grado di preservare un sufficiente livello di benessere psicofisico nonostante gli eventi avversi tipici dell'invecchiamento: malattie, lutti, perdita di autonomia, ecc.

Una diversa prospettiva viene invece offerta da alcuni studi sul concetto di '*self-compassion*', un atteggiamento compassionevole verso se stessi, un senso di apertura nei confronti della globalità della propria esistenza (compresi gli eventi

dolorosi), sperimentando sentimenti di cura per la propria persona, assumendo un atteggiamento non giudicante verso le proprie difficoltà e infine percependo la propria esperienza come parte di una comune esperienza umana (Allen, Goldwasser & Leary, 2012).

Si tratta di una prospettiva di sicuro interesse, che richiederà un approfondimento delle determinanti psicologiche ma anche dei possibili substrati neuropsicologici, in quanto consente di riconcettualizzare l'invecchiamento di qualità non come fuga da possibili eventi avversi, ma piuttosto come possibilità di ricomprendere in moto proattivo tali eventi all'interno di un significato personale.

Bibliografia

- Allen A.B., Goldwasser E.R. & Leary M.R. (2012). Self-compassion and well-being among older adults. *Self and Identity*, 11, 428-453.
- Anderson W.L., Armour B.S., Finkelstein E.A. & Wiener J.M. (2010). Estimates of state-level health-care expenditures associated with disability. *Public Health Report*, 125, 1, 44-51.
- Baltes P. B. & Baltes M. M. (1990). *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*. New York: Cambridge University Press.
- Cottini L. & Fedeli D. (2008). Qualità della Vita in età avanzata per la persona con disabilità. In Cottini L. (Ed.), *Disabilità mentale e avanzamento d'età: prospettive per una vita di qualità*. Milano: Franco Angeli.
- Freedman V.A., Kasper J.D., Spillman B.C., Agree E.M., Mor V., Wallace R.B. & Wolf D.A. (2014). Behavioral adaptation and late-life disability: a new spectrum for assessing public health impacts. *American Journal of Public Health*, 104, 2, 88-94.
- Horton S. (2010). Immunity to popular stereotypes of aging? Seniors and stereotype threat. *Educational Gerontology*, 36, 353-371.
- Kahana E., Kelley-Moore J. & Kahana B. (2012). Proactive aging: A longitudinal study of stress, resources, agency, and well-being in late life. *Aging & Mental Health*, 16, 4, 438-451.
- Layte R., Sexton E. & Savva G. (2013). Quality of Life in older age: Evidence from an Irish cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61, 299-305.
- O'Lunaigh C., O'Connell H., Chin A.V., Hamilton F., Coen R., Walsh C., Walsh J.B., Caokley D., Cunningham C. & Lawlor B.A. (2012). Loneliness and cognition in older people: The Dublin Healthy Ageing study. *Aging & Mental Health*, 16, 3, 347-352.
- Palgi Y. & Shmotkin D. (2010). The predicament of time near the end of life: Time perspective trajectories of life satisfaction among the old-old. *Aging & Mental Health*, 14, 5, 577-586.
- Park J. & Roh S. (2013). Daily spiritual experiences, social support, and depression among elderly Korean immigrants. *Aging & Mental Health*, 17, 1, 102-108.
- Stephan Y., Caudroit J. & Chalabaev A. (2011). Subjective health and memory self-efficacy as mediators in the relation between subjective age and life satisfaction among older adults. *Aging & Mental Health*, 15, 4, 428-436.
- Thompson W.W., Zack M.M., Krahn G.L., Andresen E.M. & Barile J.P. (2012). Health-Related Quality of Life among older adults with and without functional limitations. *American Journal of Public Health*, 102, 3, 496-502.
- Vahia I.V., Depp C.A., Palmer B.W., Fellows I., Golshan S., Thompson W., Allison M. & Jeste D.V. (2011). Correlates of spirituality in older women. *Aging & Mental Health*, 15, 1, 97-102.
- Yorkston K.M., McMullan K.A., Molton I. & Jensen M.P. (2010). Pathways of change experienced by people aging with disability: a focus group study. *Disability and Rehabilitation*, 32, 20, 1697-1704.

World Health Organization. (2002). Active ageing: A policy framework. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization (2012). Ageing and life course. Interesting facts about ageing.

<http://www.who.int/ageing/about/facts/en>
(consultato nel luglio 2014).

NOTE:

¹ Alcuni studi hanno stimato ad esempio che i costi legati a condizioni di disabilità correlate all'invvecchiamento negli Stati Uniti abbiano negli ultimi anni rappresentato oltre il 25% della spesa sanitaria complessiva (Anderson, Armour, Finkelstein & Wiener, 2010).

² A tal proposito, è sufficiente citare il modello sui domini di QdV elaborato da Robert Schalock, uno dei massimi studiosi al mondo del tema.

³ Emblematico a tal proposito il modello delle 3 B (Being, Belonging, Becoming) elaborato da Renwick e Bown.

⁴ Per un'analisi delle funzioni cognitive selettivamente colpiti dall'invvecchiamento si rimanda a testi specifici (O'Luanaigh et al., 2012).

⁵ La prevalenza della traiettoria 'equilibrata' rispetto anche a quella 'ascendente' sarebbe da riportare al fatto che fornisce all'individuo un maggior senso di stabilità e di coerenza alla propria identità.