

DESARROLLO PSICO-SOCIOEMOCIONAL DE LA EDAD:
PSICOLOGÍA POSITIVA Y BIENESTAR EN LAS PERSONAS MAYORES

JOURNEY THROUGH “FIELDS” OF AGEING - FROM “WORLD OF ELDERS” TO “WORLDS OF SENIORS”

Orazio Licciardello

Manuela Mauceri

Graziella Di Marco

Maria Giuseppina Cardella

E-mail: o.licciardello@unict.it

<http://licciardello.blogspot.com/>

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n2.v1.665>

Fecha de Recepción: 18 Julio 2016

Fecha de Admisión: 1 Octubre 2016

ABSTRACT

We conducted some researches in order to explore “fields” or dimensions of elderly people’s Quality of Life (QoL), both as self-perception and hetero-perception.

A set of researches were conducted in Italy and Spain, involving seniors and university students. The aim was to explore the seniors’ QoL from both their and the students’ point of view. Results showed elderly people perceived their own life better than the “other” attributed to them; they were quite good at managing Positive and Negative Emotions. Spanish university students represented more positively the elderly people’s QoL than Italian colleagues. A Positive Affect as well as an empathic attitude towards seniors affected a better representation about elderly people’s QoL.

Another set of studies was focused on the elderly people’s QoL and New Technologies (NTs) as these may offer opportunities both to maintain an independent lifestyle and to being involved in relevant activities. Most participants had nor any digital skills neither prejudices on the NTs; the perceived QoL was quite positive; Self-Efficacy believes were really high. The QoL was affected only by Self-Efficacy.

A workshop was held, involving a small group of both disabled and healthy seniors; it was focused on the NTs, as tools to promote an active citizenship. After Training our seniors improved their Digital Skills and their own Quality of Life.

In the end, a study was conducted in order to verify how both empathy (*Empatic Concern; Perspective Taking*), Theory on Mind (RMET) and contact worked well to improve QoL levels attributed to elders by a group of university students.

On an applicative plan, empathy and TOM should represent the backdrop in supervised experiences of contact between students and elders. Further research will be conduct on this path.

Key-Words: Active ageing; Quality of Life; Social Representations; Contact; Empathy.

INTRODUZIONE

Quella del viaggio è forse la metafora più usata per parlare della vita. Il viaggio di Ulisse, cantato in versi da Omero e raccontato in prosa da Joice; il lungo percorso compiuto da Dante è allegoria del viaggio che compie l'uomo in cerca della purificazione e salvezza eterni. Probabilmente, il viaggio, come metafora della vita, rappresenta un archetipo, almeno nella cultura occidentale, tanto esso è pregnante. Tale viaggio, peraltro, è per natura assai cangiante e vario, per cui c'è un viaggio differente per ogni vita, così come un differente processo di anzianità per ogni persona.

La metafora del viaggio, riferita all'anzianità non come destinazione e nemmeno come attesa dell'estremo rimedio, ma come una nuova fase della vita, può costituire lo sfondo delle ricerche mirate ad esplorarne le caratteristiche secondo prospettive diverse da quelle classicamente condotte.

La possibilità di abitare il territorio dell'anzianità per un lungo periodo è merito dell'evoluzione scientifica, che ha consegnato “più anni alla vita”. Attraversare tale territorio nel modo migliore possibile è la sfida delle scienze sociali cui, oggi, è ascritto il ruolo cogente di trovare risposte adeguate al trend demografico di portata epocale, una sfida che impone l'imperativo di dare “più vita agli anni”.

In cosa consista l'adeguatezza delle risposte risulta un tema oggetto di dibattito, che coinvolge i vari settori disciplinari e anche la specifica *Weltanschauung* e i sistemi di valori che la caratterizzano.

Ancora oggi, peraltro, risulta prevalente l'idea della vecchiaia come contraddistinta soltanto dall'ineluttabile declino psico-fisico, una fase che acquista valenza e significatività solo ed esclusivamente in funzione di un passato (più o meno aureo), anestetizzato rispetto al presente, vissuto come aspettazione rassegnata della morte, e, ancor più, cieco rispetto all'arco temporale futuro che, di per sé, appare del tutto negato.

Da una review sulla letteratura specialistica, di stampo psico-sociale, emerge un'ampia attenzione alle dinamiche connesse a quello che viene identificato con *ageism*, ovvero, la vecchiaia negativamente connotata, contrariamente all'*ageing*, come processo fisiologico di vita.

Nel merito, una parte della ricerca ha evidenziato come gli stereotipi negativi d'età, assimilati dal contesto culturale di riferimento, possono predire danni o peggioramenti sia sulle funzioni fisiche che sulle abilità cognitive. Ricerche sperimentali, al proposito, hanno evidenziato un decremento nella performance dell'anziano quando questi era messo al corrente d'essere oggetto di una credenza negativa su di sé (Horton et al., 2010 e 2008, Desrichard & Koptez, 2005).

Si è visto che gli anziani, come “gruppo”, sono considerati più calorosi, ma, al contempo, anche meno competenti rispetto ad altri gruppi (Fiske et al, 1998).

Di particolare rilievo le ricerche condotte con personale medico e geriatri. Esse hanno evidenziato come l'emozione prevalente verso l'anziano sia la pietà. Questa, se per un verso, è benevola (ricordiamo la *pietas* di Enea mentre compie i suoi doveri di figlio verso il vecchio e malato padre Anchise), per l'altro, quando comunica all'anziano d'essere in stato di bisogno, può creare la pericolosa profezia che si auto-avvera: l'anziano, internalizzando il messaggio d'essere in stato di bisogno/fragile, può diminuire sensibilmente i suoi livelli di vita indipendente (Cuddy et al., 2005; Cohen, 1990).

E' stato visto che la categoria “vecchio” viene usata anche dagli anziani in termini di auto-percezione e auto-definizione (Levy et al., 2003). Si tratta di un processo “normale”: il rischio, però, è la reificazione della categoria quando, divenendo quasi come una camicia di forza, viene negata all'anziano (proprio in quanto tale, proprio in virtù dell'essere avanti negli anni) la possibilità di una vita autonoma e buona.

L'essere vecchio, almeno relativamente ai vissuti e, in generale, alla qualità della vita, non attiene tanto ad un dato anagrafico; piuttosto, risulta funzione del processo circolare e dinamico tra “sen-

tirsi vecchio” e “sentirsi considerato” come vecchio. In altri termini, il modo in cui si vive questo importante periodo della vita dipende fortemente dal modo in cui gli altri (almeno gli altri per significativi per il soggetto, secondo la dizione di W. James [1894]) vivono l'individuo medesimo, in un rapporto circolare e dinamico di reciproco influenzamento, di co-costruzione della realtà: l'individuo, dunque, si vive come vecchio sulla base di come lo vivono gli altri e, circolarmente, il suo modo di “viversi” in vecchiaia influenza la rappresentazione che gli altri ne hanno.

Peraltro, l'aumento d'età non è una variabile che di per sé spiega un cattivo invecchiamento (Wohlwill, 1970). Piuttosto, perdite e conquiste dipendono: dall'individuo in termini complessi (come coacervo della dimensione emotiva, cognitiva e fisiologica) e dall'interazione dinamica tra “individuo concreto” (Lewin, 1931) e contesto socio-culturale (Zahava & Bowling, 2004).

In modo specifico, nel viaggio di ricerca, che abbiamo intrapreso da alcuni anni (e che qui presentiamo in modo unitario), attraverso i territori dell'anzianità, l'angolo prospettico relativo a questa fase della vita è quello offerto dalla Psicologia Positiva e dalla Psicologia del Ciclo di vita.

La prima (Siligman & Csikszentmihalyi, 2000) riguarda le potenzialità dell'individuo (miglioramenti, conoscenze, esperienze, creatività, aspetti emozionali) piuttosto che le sue fragilità (Cornman et al., 2012; Cesa-Bianchi, 2009).

La seconda mette in evidenza come ci siano conquiste e perdite ad ogni stadio della vita [con l'età aumentano gli aspetti emozionali positivi, per esempio (Baltes et al., 1999)], per cui l'anzianità ha una natura composita, al pari di qualsiasi altra fase della vita.

La nozione di Qualità di Vita (QdV) costituisce il concetto chiave e trasversale delle ricerche in tal senso condotte.

Fin dalla cultura classica oggetto di interesse filosofico (Aristotele, 384-322 A.C.), dagli anni '50 del secolo scorso, la QdV ha animato il dibattito tra le discipline mediche prima, e dopo anche sociali e psicologiche.

La QdV è uno dei maggiori indicatori di salute (Cohen et al., 2016) e ha una natura dinamica e multipla (Walker, 2005). E' possibile distinguere: una componente oggettiva, che rimanda agli aspetti macro-sociali, quali il reddito, il lavoro, le condizioni abitative, i livelli di istruzione (Zahava, Bowling, 2004); una soggettivo-percettiva, che attiene alla propria posizione nel contesto culturale e valoriale, in relazione a obiettivi e aspettative (www.who.int).

La QdV percepita viene riconosciuta come questione pregnante e associata alla terza (dai 65 ai 74 anni) e quarta età (dai 75 anni), insieme alle nozioni di “benessere soggettivo” (Waterman, 1993) e al più generale concetto di “soddisfazione di vita” (Diener et al., 1999).

In relazione all'opportunità di vivere la vita nella pienezza delle sue differenti declinazioni, anche l'anzianità, in considerazione delle sfide connesse alla realizzazione di quella che viene identificata come “anzianità di successo”, svolge un ruolo pregnante la percezione di Auto-Efficacia. Nello specifico, le convinzioni di Auto-Efficacia, riferibili a quanto le persone ritengono di essere in grado di far fronte alle varie situazioni, vissute come più o meno problematiche, svolgono un ruolo attivo nel concorrere a tracciare il corso della propria vita. Tali convinzioni riflettono l'abilità dell'individuo di concentrare e dirigere il proprio comportamento, non in astratto, ma in riferimento a ciò che pensa di sé in quanto capace di decisione, iniziative e controllo, in quanto capace di auto-regolarsi e operare con successo, sulla base delle richieste situazionali (Caprara, 2005).

Si tratta, soprattutto nell'anzianità, di una competenza chiave per vivere al meglio tale periodo di vita.

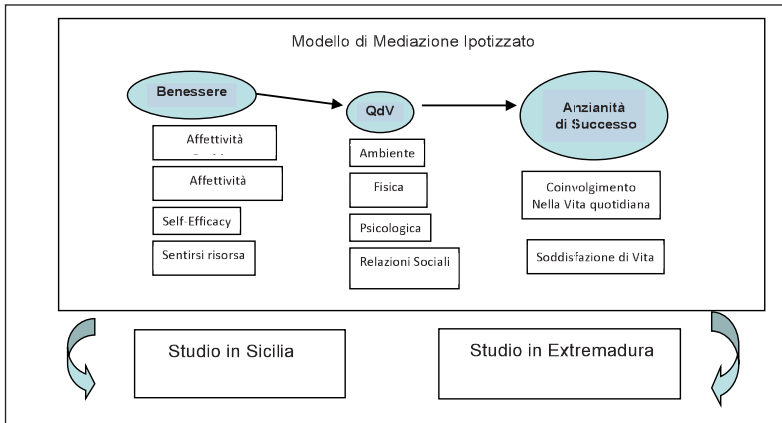
OBIETTIVI DELLE RICERCHE

Sulla base di tale quadro teorico, abbiamo focalizzato l'attenzione di ricerca sui differenti territori cui si dispiega la QdV nell'anzianità. Nello specifico, abbiamo condotto:

I- Due ricerche per approfondire la QdV sia in termini di vissuti (dunque, dal punto di vista degli anziani), che in termini di rappresentazioni attribuite (dunque, dal punto di vista del “sociale”). Le ricerche sono state condotte in due territori che hanno elementi socio-economici comuni ma di nazioni differenti: in Sicilia (regione meridionale, ricca di un vasto patrimonio culturale, ma economicamente depressa dell’Italia) e in Extremadura (regione spagnola, al confine col Portogallo, anche in questo caso, ricca culturalmente ma depressa in termini economici).

L’obiettivo della prima era di verificare se i quattro fattori della QdV (secondo una serie di studi intrapresi dall’Organizzazione Mondiale della Sanità: Ambiente, Capacità fisica, Psicologica, Relazioni Sociali: WHOQOL Group, 1993) svolgessero un ruolo di mediazione tra le dimensioni del Benessere Psicologico (Affettività positiva e negativa, Auto-Efficacia e il sentirsi come risorsa) e un’anzianità di successo (composta dal “coinvolgimento nelle attività quotidiane” e dalla “Soddisfazione di Vita”) (Figura n.1).

Figura n.1



Nella seconda ricerca, mirata ad esplorare l’anzianità dal punto di vista del sociale, abbiamo ipotizzato una rappresentazione della QdV attribuita diversa per la terza età (65-75) e la quarta età (over 75): migliore nel caso della prima rispetto alla seconda. Anche in questa ricerca, abbiamo testato un modello di mediazione per il quale: l’affettività positiva e negativa, l’empatia e le conoscenze teoriche sull’anzianità mediassero tra l’idea che gli anziani fossero Auto-Efficaci e una “risorsa” per le proprie famiglie e l’attribuzione di un’ “anzianità di successo” (cui concorrevano i fattori della QdV attribuita e il tipo e livello di “coinvolgimento nel quotidiano”).

Ciascuna delle due ricerche è stata declinata in due studi, come anticipato, uno condotto in Sicilia/Italia, uno in Extremadura/Spagna.

II- Un secondo filone di ricerche ha esplorato il ruolo che le Nuove Tecnologie (NT: smartphone, tablet, internet, social network), consentendo di mantenere uno stile di vita piuttosto indipendente (Kahana et al., 2004), svolgono o potrebbero svolgere nel migliorare la QdV degli anziani. Abbiamo condotto tre studi, coinvolgendo anziani “sani” e con “patologie”. I primi due studi erano di carattere esplorativo; il terzo applicativo/trasformativo. In particolare, in questa sede, presentiamo i risultati proprio di quest’ultimo.

III- Infine, abbiamo condotto uno studio con studenti che, nel futuro, potrebbero svolgere atti-

vità professionali con anziani. Abbiamo ipotizzato che livello e tipo di “contatto” (Allport, 1954; ampia la letteratura che, nel merito, ha evidenziato come interazioni ripetute e positive con gruppi stigmatizzati possano implementare l’abilità di “vedere il mondo” dalla prospettiva dell’*outgroup*: Pettigrew & Tropp, 2011 e 2008) ed Empatia (intesa come “Perspective Taking” ed “Empatic Concern”, secondo il modello proposto da Davis: Davis, 1980) migliorassero i fattori relativi alla QdV attribuita agli anziani. Inoltre, abbiamo ipotizzato che i livelli di Teoria della Mente (intesa come capacità di individuare e capire le emozioni proprie e altrui e prevedere il comportamento e, soprattutto negli ultimi anni, variabile indagata in vari ambiti: Premack & Woodruff, 1978; Wellman, 1990; Baron-Cohen et al., 2001; Castano & Kidd, 2014; utilizzato anche con anziani: Rosi et al., 2015) incidessero sulle attribuzioni di QdV.

PARTECIPANTI

I-Relativamente all’anzianità dal “punto di vista degli anziani”, hanno partecipato n.220 anziani (Maschi 49.9%, Femmine 50.1%; età: media 73.7 anni, SD=6.65, mdn 73 anni, gamma 55-97 anni) in Sicilia e n.120 in Estremadura (Maschi 43.3%, Femmine 56.7%;Età: media 70.3 anni, SD=5.13, mdn 69 anni, gamma 65-86 anni).

Per l’anzianità dal “punto di vista degli studenti”, hanno partecipato: in Sicilia, 159 Studenti universitari; Maschi 37.7%, Femmine 62.3%; Età: Media 23.30 anni, SD=3.58, mdn 22 anni, gamma 19-39 anni; Indirizzo Universitario: Psico-Pedagogico 49.7%; Medico-Infermieristico 50.3%; il 71.1% aveva relazioni con almeno un anziano della famiglia. In Estremadura, hanno preso parte alla ricerca, 177 Studenti universitari, Maschi 27.7%, Femmine 72.3%; Età: Media 19.75 anni, SD=2.35, mdn 19 anni, gamma 17-30 anni; Indirizzo Universitario: Psico-Pedagogico 49.7%; Medico-Infermieristico 50.3%; l’80.8% aveva relazioni con almeno un anziano della famiglia.

II-Alla seconda ricerca, composto da tre studi, hanno partecipato: a)n.107 Anziani in salute, contattati individualmente in uno dei Centri per Anziani di una grande città siciliana; Maschi 37.4%, Femmine 62.6%; Età: M=73.05, DS 7.47, gamma 64-95); b)n.149 Anziani con patologie, contattati individualmente in uno dei Centri per Anziani o casa di riposo di una grande città siciliana; Maschi 37,4%, Femmine 62,6%; Età: M=76.09, SD 7.12, gamma:64-94); c)n. 25 anziani: 20 donne e 5 uomini; età: M=78.4, gamma 60-95; -n.7 frequentavano un Centro per anziani piuttosto grande, n.18 vivevano in una Casa di Riposo e molti di questi erano disabili.

III-Alla terza ricerca hanno preso parte n.161 Studenti universitari (Scienze della Formazione e Infermieristiche), Femmine 92.5%, Maschi 7.5%; Età: M=21.84, DS=2.14, mdn 22, gamma 18-29.

STRUMENTI E PROCEDURE

Per tutte le ricerche condotte, abbiamo utilizzato un questionario semi-strutturato, composto da alcuni strumenti uguali per i vari studi e da altri che, invece, erano specifici di ciascuno. Anche il *setting*, pur mantenendo la costante della presenza del ricercatore, cambiava in base alle specificità dei partecipanti.

I-Per la ricerca con gli anziani, abbiamo utilizzato un questionario semi-strutturato, somministrato in *setting face to face*, composto da:

-*WHO-QoL-Bref* (WHOQOL Group, 1993; Lucas-Carrasco, 1998): 26 Items divisi in quattro aree (Ambiente, Capacità fisica, Psicologica, Relazioni Sociali);

-*Temporal Satisfaction with Life* (Pavot et al., 1998; Diener et al., 1985), che misura la soddisfazione di vita in senso diacronico: vita passata, presente e futura;

-due *Scale di Auto-Efficacia Emotiva* (Bandura, 1994; Caprara et al., 2003), composte da 15 items sulle convinzioni di auto-efficacia nella gestione delle emozioni “Positive” (es.: “Sono capace di rallegrarmi per il successo di una persona amica”) e “Negative” (es.: “Sono capace di superare la frustrazione dinanzi a una dura critica”);

JOURNEY THROUGH “FIELDS” OF AGEING - FROM “WORLD OF ELDERS” TO “WORLDS OF SENIORS”

-due *inventari PANAS* (Watson et al., 2002), che misurano l’Affettività Positiva (10 items: le persone con alta AP sono entusiaste e cercano occasioni per stare con gli altri) e Negativa (10 items: le persone con alta AN sono preoccupate, ansiose, hanno una negativa immagine di sé e cercano di evitare il contatto con gli altri);

-un gruppo di 16 items, per indagare tipo e livello di coinvolgimento nella vita quotidiana (es.: “Trascorro il mio tempo libero con amici coetanei”, “Vado spesso da medici e farmacisti”);

-2 items su quanto ci si senta “risorsa” (economica e socio-relazionale) per le proprie famiglie. Anche per la ricerca con gli studenti, è stato utilizzato un questionario semi-strutturato, somministrato in aula, senza la presenza del docente, costituito da:

-4 items sull’empatia provata durante l’interazione con un anziano;

-due *inventari PANAS*, relativi all’Affettività Positiva e Negativa provata durante l’incontro con una persona anziana;

-*WHO-QoL-Bref*;

-due Scale di *Auto-Efficacia Emotiva*;

-16 items sul tipo e sul livello di coinvolgimento nella vita quotidiana attribuito all’anziano;

-2 items su quanto considerassero l’anziano come “risorsa” (economica e socio-relazionale) per le famiglie.

II-Per ciò che attiene il ruolo delle NT nell’ambito di una Ricerca-Intervento, sono stati utilizzati una serie di strumenti, in forma di questionario strutturato, che è stato somministrato a ciascun partecipante, nella fase *ante* e *post* training. Di seguito, gli strumenti: questionario strutturato sulle competenze digitali e il MTUAS (*Media and Technology Usage and Attitudes Scale*: Rosen, et al., 2013), composto da 12 items, suddivisi in tre fattori: atteggiamenti positivi, negativi e ansia/dipendenza dai mezzi); inoltre, il *WHO-Quality of Life-Brief* e il questionario sulla *Self-Efficacy*.

III-Per la ricerca con giovani in formazione, abbiamo utilizzato:

-1 Item nel quale gli studenti dovevano indicare liberamente l’età che segnava l’ingresso nell’anzianità: “E’ anziana una persona di...”

-Questionario sull’Empatia: 8 Items per *Empatic Concern* (es.: “Provo spesso sentimenti di tenerezza e preoccupazione per le persone meno fortunate di me”); 7 Items *Perspective Taking* (es.: “Credo che in ogni vicenda esistano due aspetti opposti e cerco di prenderli in considerazione entrambi”);

-1 item sulla frequenza del “contatto” (es.: “Giornalmente, in media, per quanto tempo interagisco direttamente con una persona anziana”);

-Qualità del contatto: 6 *Differenziali Semantici* (Vezzali & Giovannini, 2012) (es.: “Pensando alla relazione che ho con le persone anziane, essa è”);

-Reading the Mind in the Eyes Test (RMET) (Baron-Cohen et al., 2001, tr.it. Vellante et al, 2012), una misura avanzata per misurare la componente affettiva della Teoria della Mente (36 espressioni facciali ciascuna con 4 scelte di cui una sola esatta).

-*WHO-QoL-Bref*.

RISULTATI

I- risultati, hanno mostrato una situazione meglio connotata tra gli anziani spagnoli, anche se, complessivamente, dai dati relativi alle varie scale emerge come gli anziani percepiscano abbastanza positivamente la propria QdV e la capacità di fronteggiamento (*Self-Efficacy* nelle emozioni negative e positive). Il modello di mediazione ipotizzato (vedi sopra: Figura 1), nel caso degli spagnoli è stato del tutto confermato. Per gli italiani, invece, il fattore “ambiente” non giocava alcun ruolo. Ciò attiene alla specificità del contesto: malgrado le condizioni economiche simili, l’ambiente era percepito in modo differente per l’alta quantità di servizi specificamente offerti all’anziano, ciò che, plau-

sibilmente, indica una maggiore attenzione all'anzianità e all'invecchiamento attivo nel contesto spagnolo (Tabella n.1).

Tabella n.1

| | | | <i>M</i> | <i>sd</i> | <i>alpha</i> | <i>p</i> |
|---|---------------------------------|-------------|-------------|-----------|--------------|-------------|
| WHO(bref)- Qualità della Vita (scala 1-5) | Area Psicologica | Italia | 3.70 | .720 | .72 | ns |
| | | Spagna | 3.84 | .599 | | |
| | Area delle Relazioni Sociali | Italia | 3.37 | .631 | .77 | <.001 |
| | | Spagna | 4.17 | .601 | | |
| | Area Fisica | Italia | 3.35 | .820 | .83 | .004 |
| | | Spagna | 3.78 | .606 | | |
| Area Ambiente | Italia | 3.24 | .550 | .81 | <.001 | |
| | Spagna | 3.92 | .476 | | | |
| Self Efficacy (scala 1-5) | Emozioni Negative + Positive | Italia | 4.01 | .562 | .89 | .032 |
| | | Spagna | 4.33 | .855 | | |
| PANAS (scala 1-7) | Affettività Positiva (PA) | Italia | 4.93 | 1.168 | .75 | n.s. |
| | | Spagna | 5.09 | .840 | | |
| | Affettività Negativa (NA) | Italia | 2.68 | 1.324 | .86 | n.s. |
| | | Spagna | 2.43 | .967 | | |

Per ciò che attiene i due studi sulla rappresentazione dell'anzianità, contrariamente alle ipotesi, né gli studenti italiani, né quelli spagnoli hanno fatto rilevare differenze tra "giovani anziani" (terza età) e "vecchi anziani" (quarta età). Entrambi i gruppi avevano una rappresentazione assai contenuta, e anzi negativa, della QdV attribuita agli anziani; però, occorre sottolineare che tra gli spagnoli è emersa una visione meno stereotipica dell'anziano nel suo quotidiano, ciò che depone, ancora una volta, in favore di un ambiente sociale (quello extremeño) più accogliente delle istanze di un'anzianità attiva. Tra gli studenti italiani il ruolo di mediazione era giocato esclusivamente dalla variabile "conoscenze teoriche" sull'anzianità, mentre tra i colleghi spagnoli era l'Empatia a giocare un ruolo chiave.

II-Per ciò che attiene la ricerca sul ruolo delle NT, effettuata rilevando alcune dimensioni all'inizio e alla fine del processo laboratoriale, contrariamente alla visione stereotipica che vede l'anziano ostile alle NT (per via, spesso, dei vissuti di sconforto verso di esse: Belchior & Mann, 2004), è emerso come le stesse, in particolare *FaceBook*, svolgessero un ruolo positivo nel migliorare i livelli di QdV percepita. Di particolare rilievo il fatto che tale risultato riguardasse anche le persone affette da una qualche patologia. In particolare, attraverso una metodologia di lavoro *one-to-one*, focalizzata sulla qualità della relazione tra anziano e trainer, e attenta a ridurre l'ansia connessa all'uso delle NT, si è registrato un miglioramento statisticamente apprezzabile: a) negli atteggiamenti verso le NT ($p=.002$), b) nel senso di Auto-Efficacia, sia nella gestione delle emozioni positive che negative ($p=.001$), c) nella percezione di QdV ($p=.039$) (Tabella n.2).

JOURNEY THROUGH “FIELDS” OF AGEING - FROM “WORLD OF ELDERS” TO “WORLDS OF SENIORS”

Tabella n.2

| Scala 1-5 | Prima del Laboratorio | | Dopo il Laboratorio | | t | p |
|------------------------------|-----------------------|------|---------------------|------|--------|-------------|
| | M | ds | M | ds | | |
| Atteggiamenti positivi Vs NT | 2.97 | .86 | 3.56 | .978 | - 3.40 | .002 |
| Self Efficacy | 3.95 | .14 | 4.25 | .11 | -3.83 | .001 |
| Qualità di Vita | 3.32 | 1.11 | 3.64 | .69 | -2.18 | .039 |
| Qualità della Salute | 3.20 | 1.41 | 3.33 | .87 | -.85 | ns |

III-I risultati della ricerca relativa all'effetto delle variabili che la letteratura considera pregnanti per diminuire i livelli di pregiudizio e migliorare le relazioni intergruppi, hanno confermato le ipotesi solamente in parte. La rappresentazione che i giovani avevano della QdV della persona anziana era negativa (eccetto che per la Qualità di Vita nelle relazioni sociali (M=3.34) e influenzata positivamente solo dal “contatto” (Tabella n.3).

Tabella n.3

| QdV | Contatto | | | Perspective Taking | | |
|-------------------|----------|------|-------|--------------------|------|----|
| | Beta | t | p | Beta | t | p |
| Relazioni Sociali | .394 | 5.31 | <.001 | -.005 | .071 | ns |
| Psicologica | .245 | 3.14 | .002 | .055 | .701 | ns |
| Ambiente | .279 | 3.60 | <.001 | .031 | .406 | ns |
| Fisica | .167 | 2.11 | .037 | .088 | 1.12 | ns |

I risultati ci hanno indotto ad alcune considerazioni, sulle limitazioni dello studio e sui possibili sviluppi sul piano applicativo:

-è il contatto o la positiva rappresentazione dell'anzianità che può aumentare le occasioni di incontro?

-la mancata influenza di Empatia e TdM ci ha posto l'interrogativo sull'adeguatezza effettiva degli strumenti utilizzati per la loro misura.

Conclusioni

Nell'ottica che già la ricerca possa innescare processi di cambiamento (fenomeno dell'«isteresi»: Siegel & Hodge, 1968), appare importante perseguire l'obiettivo di modificare la rappresentazione della vecchiaia, disancorata da una visione reificata, che la vede come semplice reiteramento del destino, come il volgersi di un'età in senso esclusivamente discendente, connotato da fenomeni quali il decadimento di tutte le facoltà, l'assenza di emozioni, il declino dell'affettività e della sessualità, la mancanza di progetti e di senso del futuro.

La promozione e diffusione di un invecchiamento attivo implica anche un profondo mutamento, ancor prima che delle strutture sociali che degli anziani devono (o dovrebbero) occuparsi, della men-

talità, della cultura, (in sintesi) delle rappresentazioni prevalenti in merito alla vecchiaia, da parte, soprattutto di chi della stessa è deputato a occuparsene e/o pre-occuparsene.

Sulla scorta delle ricerche che abbiamo condotto in questi anni, delle metodologie adottate e dei risultati ottenuti, al fine di continuare nell'intento di mutare dal di dentro (e, dunque, in modo profondo) gli stereotipi sugli anziani, appare essenziale pensare a esperienze di Ricerca Intervento (con finalità anche formative), fondate su un contatto caratterizzato dal coinvolgimento esperenziale (Licciardello, et al., 2015). In ciò, l'empatia non è tanto un orientamento ideologico, ma un'effettiva competenza appresa e implementabile, come accettazione incondizionata dell'altro (Rogers, 1993), in quanto portatore di peculiarità e potenzialità.

Punto focale diventa il *setting* formativo (Mauceri, et al., 2012), centrato su un contatto reale e una rielaborazione in gruppo, utile alla rivisitazione dei propri ed altrui vissuti e all'acquisizione del «Saper Essere» per «Saper ben Fare», ovvero, ben interpretare il proprio ruolo lavorativo (Licciardello, 2004).

Stiamo continuando la ricerca con altre categorie di anziani e considerando altre variabili che potrebbero incidere sui vissuti degli anziani così come sulle rappresentazioni dell'anzianità.

BIBLIOGRAFIA

- Allport, G.W. (1954). *The Nature of Prejudice*. Cambridge: Addison Wesley Publishing Company. Tr. it. 1973, *La natura del pregiudizio*. Firenze: La Nuova Italia.
- Baltes, P. B., Staudinger, U. M., & Lindenberger, U., (1999). Lifespan Psychology: Theory and Application to Intellectual Functioning. *Annual Review Psychology*, 50, 471-507.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In R. J. Corsini (Ed.), *Encyclopedia of psychology* (Vol. 3, pp. 368-369). New York: Wiley.
- Baron-Cohen, S. (2001). Theory of mind in normal development and autism. *Prisme*, 34, 174- 183.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L., & Steca, P. (2003). Efficacy beliefs as determinants of teachers' job satisfaction. *Journal of Educational Psychology*, 95, 821-832.
- Caprara, G.V. (2005). Le determinanti del benessere nell'arco di vita. Relazione al Convegno "Il Valore dei Valori", Catania-Enna, 7-8 ottobre 2005.
- Cesa-Bianchi, M., & Cristini, C. (2009). *Vecchio sarà lei! Muoversi, pensare, comunicare*. Napoli: Guida.
- Cohen, E. S. (1990). The elderly mystique: Impediment to advocacy and empowerment. *Generations: Journal of the American Society on Ageing*, 14, 13-16.
- Cornman, J. C, Goldman, N., Collins, A. L. (2012). Do adults adjust their socio-economic status identity in later life? *Ageing and Society*, 32, 4, 616-633.
- Cuddy, A. J. C., Norton, M. I., & Fiske, S. T. (2005). This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61(2), 267-286.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.
- Desrichard, O., & Kopetz, C. (2005). A threat in the elder: The impact of task instructions and self-efficacy on memory performance in the elderly. *European Journal of Social Psychology*, 35(4), 537-552.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, 2, 276-302.
- Fiske, A. P., Kitayama, S., Markus, H. R., & Nisbett, R. E. (1998). The cultural matrix of social psychology. In S. T. Fiske (Ed.), *The handbook of social psychology* (Vol. 2, 4th ed., pp. 915-981). New York: McGraw-Hill.
- Horton, S., Baker, J., Pearce, G. W., & Deakin, J. M. (2008). On the malleability of performance:

- Implications for seniors. *Journal of Applied Gerontology*, 27, 446-465.
- Horton, S., Baker, J., Pearce, W., & Deakin, J. M. (2010). Immunity to Popular Stereotypes of Aging? Seniors and Stereotype Threat. *Educational Gerontology*, 36, 353-371.
- Kahana, E., King, C., Kahana, B., Menne, H., Webster, N., Dan, A., Kercher, K., Bohne, A., Lechner, C. (2004). Successful Aging in the Face of Chronic Disease. In: Wykle, M., Whitehouse, P., Morris, D. (eds.). *Successful Aging Through the Life Span Intergenerational Issues in Health*. Springer New York: New York, 101-126.
- Kidd, D.C., Castano, E. (2013). Reading literary fiction improves theory of mind, *Science*, 18;342: 377-380.
- James, W. (1890). *Principles of psychology*. Cambridge: Harvard University Press. Tr.it., *Principi di psicologia*. Milano: Società Editrice Librai, 1901.
- Levy, B.R. (2003). Mind Matters: Cognitive and Physical Effects of Aging Self-Stereotypes. *The Journals of Gerontology*, 58(4), 203-211.
- Lewin, K. (1931). The conflict between Aristotelian and galileian models of thought in contemporary psychology. *Journal of Genetic Psychology*, 5, 141-177. Tr.it. Il conflitto fra una concezione aristotelica ed una concezione galileiana nella psicologia contemporanea. In K., Lewin, *Teoria dinamica della personalità* (pp. 7-57). Giunti: Firenze, 1965-2010.
- Licciardello, O., (1994). *Gli strumenti psicosociali nella ricerca e nell'intervento*. Franco Angeli: Milano.
- Licciardello. Castiglione C., Rampullo A. (2015), “Coping Efficacy and Project Involvement Effects on Personal and Professional Expectations”. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, Volume 205*, 415-421.
- Lucas-Carrasco, R. (2012). The WHO quality of life (WHOQOL) questionnaire: Spanish development and validation studies. *Quality of Life Research*, vol. 21, n.1, 161-165.
- Mauceri M., Di Marco G., Licciardello O. (2012). Action Learning's effects on special educators' attitudes towards students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences, Volume 46*, 5698-5702.
- Pavot, W., Diener, E., & Suh, E. (1998). The Temporal Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 70, 2, 340-354.
- Pettigrew, T. F., Tropp, L. R, Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35, 271-280.
- Pettigrew, T. F., Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38, 922-934.
- Premack, D.; Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, Vol 1(4), 515-526.
- Rogers, C. & Freiberg, H. J. (1993). *Freedom to Learn* (3rd edn.), New York: Merrill.
- Rosi, A., Cavallini, E., Bottiroli, S., Lecce, S. (2015). Promoting Theory of mind in older adults: does age play a role? *Aging and Mental Health*, 1(1),1-7.
- Siegel P.M., Hodge R.W. (1968), A Causal Approach to the Study of Measurement Error. In: Blalock H.M. Jr., Blalock A.B. (eds.), *Methodology in Social Research*, (28-59), McGraw-Hill, New York.
- Seligman, M.E.P; Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, Vol 55(1), 5-14.
- Vellante, M., Baron-Cohen, S., Melis, M., & Preti, A. (2012). The “Reading the Mind in the Eyes” test: Systematic review of psychometric properties and a validation study in Italy. *Cognitive Neuropsychiatry*, Vol. 18, n.4, 326-354.
- Vezzali, L. & Giovannini, D. (2012). Secondary transfer effect of intergroup contact: the role of intergroup attitudes, intergroup anxiety and perspective taking. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 22, 125-144.

- Walker, A. (2005). A European perspective on quality of life in old age. *European Journal of Ageing*, 2, 2-12.
- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 64 (4), 678-691.
- Watson, D. (2002). Positive affectivity: the disposition to experience positive emotional states. In C. R. Snyder & S. J. Loperz, (Eds.), *Handbook of Positive Psychology* (pp.106-119). Oxford: Oxford University Press.
- Wellman, H. M. and Woolley, J. D. 1990: From Simple Desires to Ordinary Beliefs: The Early Development of Everyday Psychology. *Cognition*, 35, 245-275.
- WHOQOL Group (1993). Measuring Quality of Life. World Health Organisation, Geneva.
- Wohwill, J.F. (1970). The age variable in psychological research. *Psychological Review*, 77, 49-64.
- Zahava, G., & Bowling, A. (2004). Quality of Life from the perspective of older people. *Ageing and Society*, 24, 675-691.

