

Vivere in Casa di Riposo: un contesto comunitario con valenze psicosociali

PAOLA CAVALLERO¹, BARBARA BERTOCCI²

Introduzione

Il desiderio intenso di vicinanza interpersonale si ha in ogni essere umano dall'infanzia per tutta la vita e non c'è persona che non si senta minacciata dalla sua perdita. Gli esseri umani sono sociali per natura ed hanno un bisogno d'appartenenza, che motiva e guida i pensieri, le emozioni ed il comportamento interpersonale.

Questa necessità di appartenenza comprende “un desiderio molto diffuso di formare e mantenere almeno una quantità minima di rapporti interpersonali durevoli, positivi e significativi” (Baumeister, Leary, 1995, p. 497). Oltre al bisogno di sicurezza le relazioni soddisfano anche i bisogni di rassicurazione, di guida, di integrazione sociale e di amicizia (Weiss, 1973).

Oltre ai rapporti di attaccamento con la famiglia e con il partner sono infatti da privilegiare anche i legami amicali che assumono una posizione di rilievo durante tutto l'arco della vita. L'amicizia implica un contatto duale stabile, condiviso e privilegiato rispetto ad un gruppo di coetanei. Questo rapporto, che inizia a presentarsi sin dall'infanzia, obbedisce alla regola dell'equità negli scambi e, anche nell'età senile, è correlato a sentimenti di benessere e autostima. A tutte le età il legame con l'amico, basato sulla condivisione e sul piacere di stare insieme, viene descritto come qualcosa di unico e speciale (Fonzi, Riannetti, Tani, 1997; Fonzi, 1998).

Ogni persona, quindi, ad ogni età ed in qualsiasi contesto viva, ha bisogno di calore, di intimità e di un senso di valore a conferma della propria identità (Rokach, 1989).

¹ Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Firenze.

² Specializzanda in Psicologia della Salute, Bologna.

La soddisfazione per le relazioni sociali è un elemento fondante anche nelle residenze geriatriche (Parmelee e Lawton, 1990) che, contro una visione comune di centro di disadattamento, soprattutto per gli autosufficienti, data la elevata richiesta, possono essere considerati luoghi di cura e di protezione, che permettono di estrinsecare le energie creative e di arginare situazioni di solitudine reale. Il vivere in contesti comunitari, pur producendo cambiamenti nelle relazioni precedenti, permette comunque di formare nuovi rapporti con i coetanei e con gli operatori. La comunità può infatti facilitare la nascita di nuovi legami amicali e effettivi che comprendono stima, amicizia, intimità ed attaccamento (Tower et alii, 2002). Il sostegno strumentale, ma soprattutto emozionale, da parte degli operatori sanitari può inoltre contribuire a ridurre le difficoltà di chi non gode di reti sociali adeguate (Cassidy, 2002).

Oltre alla presenza di risorse interne (ad esempio uno stile esplicativo ottimistico ed un buon livello di auto-efficacia, autostima e fiducia in se stessi), anche l'integrazione sociale e la percezione di ricevere un adeguato supporto (emotivo e strumentale) è di fondamentale importanza per il benessere psicofisico degli anziani e permette loro di sentirsi meno depressi e meno soli (Chalise et al., 2006). Questi processi facilitano infatti un adattamento efficace e promuovono lo sviluppo della persona anche in contesti di vita altamente stressanti (Magrin et al., 2006).

Per la salute degli anziani è, inoltre, di primaria importanza che questo luogo sia anche un punto di riferimento per il mantenimento delle relazioni familiari e delle amicizie preesistenti (Baroni, 2003).

Nonostante la presenza di aspetti positivi dei diversi istituti di accoglienza degli anziani è da sottolineare che entrare in un nuovo ambiente allontanandosi dal contesto abituale è un evento complesso e di sofferenza perché comporta non solo novità ambientali ed abitudini, ma difficoltà emozionali: infatti la separazione fisica da chi si ama e le modificazioni dei rapporti sociali e familiari, possono portare ad un ritiro da tutto ciò che non appartiene al soddisfacimento dei bisogni primari (Banks, Banks, 2002), come la perdita di interessi e di ruoli. Questa situazione può incrementare difficoltà fisiche e funzionali (Krohn, Bergman-Evans, 2000; Dragest. 2004), condurre ad una progressiva riduzione di rapporti sociali, nonché indurre ad avere atteggiamenti depressivi, di impotenza e di solitudine (Bellonii Sonzogni, 2004), che è un sentimento spiacevo-

le implicante una sensazione di discrepanza tra il numero e/o la qualità delle relazioni sociali realizzate e quelle desiderate (Peplau, Perlman, 1982; Cavallero et. al., 2006).

Tale sentimento, che ci avverte della nostra mancanza di compagnia e di vicinanza (Rubenstein e Shaver, 1986), è sovente un aspetto sotto-stimato da coloro che operano nelle istituzioni nonostante che questo sia un fattore chiave nel mantenimento della salute fisica e mentale (Henrich, Gullone, 2006).

La solitudine oggettiva, indotta dalla carenza di legami familiari e dell'ambiente, può portare la persona a vivere gli ultimi anni della propria vita in una complessa situazione di difficoltà e certamente non in termini di sana qualità di vita.

Obiettivi ed ipotesi

In accordo con le ultime statistiche, nelle ultime due decadi, la popolazione anziana è rapidamente aumentata ed adesso l'Italia è il paese che, nel mondo, ha la maggiore percentuale di anziani. Questo importante cambiamento demografico ha dato origine a rilevanti conseguenze sociali, economiche e sanitarie.

Questo maggior numero di anziani accanto al declino di famiglie estese ed alla mancanza di reti informali di supporto fa nascere l'esigenza di una riflessione su come assistere persone anziane spesso ultra settantacinquenni, fragili e con patologie croniche, che vivono soli o che hanno bisogno di assistenza giornaliera (de Girolamo et al., 2007). Per tutti questi motivi nel 2000 in Italia circa il 21% della popolazione aveva un'età superiore a 65 anni ed il 5% della popolazione era sopra i 75 anni (ISTAT, 2000).

Vista la percentuale di anziani residenti nelle istituzioni, la presente ricerca si pone l'obiettivo di conoscere come gli anziani percepiscano la solitudine e le opinioni relative, ipotizzando che la persona che si considera sola possa non ritenere che tutti gli anziani siano soli.

Sebbene, infatti, i contesti residenziali forniscano protezione, sicurezza e cura, spesso sono percepiti in modo negativo dagli anziani, che non vorrebbero lasciare la propria abitazione. La residenza può essere

infatti considerata un luogo restrittivo, isolato, che non permette il contatto con il mondo.

Oltre a questa visione negativa dell'Istituto bisogna sottolineare che il vivere in questo ambiente richiede una grande adattabilità ed un cambiamento di abitudini vista la presenza di routine, di una netta gerarchia e di un maggior accento sul gruppo più che sull'individuo. Come sottolineato da alcuni studi, chi vive in Istituto, rispetto a chi abita a casa, è meno indipendente nelle attività della vita quotidiana, è meno soddisfatto della propria vita, ha più difficoltà a mantenere le proprie abitudini personali e la propria indipendenza ed è facile che, se non ci sono sufficienti risorse personali o non si adottano strategie di coping adeguate, possano insorgere sentimenti di solitudine ed isolamento.

Abbiamo anche cercato di comprendere se gli intervistati considerano lo stare da soli un modo di vivere positivo o negativo. Come è emerso dalla letteratura (Burgalassi, 1992) la solitudine può essere volontaria o involontaria. Gli anziani che avvertono il desiderio di stare da soli, vivono la solitudine come una fase in cui la persona impara a conoscersi meglio. Al contrario, la solitudine involontaria comporta una concezione negativa di solitudine. Infatti lo stare da soli è una sofferenza non desiderata, ma presente a livello di stato d'animo con una conseguente angoscia, delusione ed insoddisfazione.

Si ipotizzano diversità relative al genere, al luogo, all'età e all'importanza di avere una relazione d'amore, come fattore determinante della qualità della vita.

Nonostante la maggior presenza delle donne in Istituti, alcune ricerche evidenziano differenze di genere relative all'adattabilità all'ambiente ed alla percezione di solitudine. Da alcuni studi emerge che le femmine, forse per il ruolo nella società, nonostante siano più sottoposte dei maschi a subire un restringimento delle relazioni, siano più capaci di esprimere i loro sentimenti di solitudine (Cramer, Neyedley, 1998), siano più abili a stabilire relazioni amicali intime ed emotivamente significative (Adams et. alii, 2000), riescono ad avere una quantità più soddisfacente di persone con cui confidarsi ed hanno una rete di relazioni più ampia e più varia (Fiori, 2006).

Queste sembrano inoltre più adattabili dei maschi alle nuove situazioni e sono provviste di relazioni che forniscono sostegno e supporto,

aspetti molto importanti per saper reagire alle nuove situazioni. Da altre ricerche emerge invece che i maschi, da un punto di vista cognitivo, emotivo e comportamentale, hanno una maggiore facilità a rispondere alle perdite ed in particolare alle privazioni familiari ed ai lutti. Sembra che i maschi, in questi casi, tendano a rispondere enfatizzando l'azione, cercando soluzioni ai problemi e contenendo i sentimenti negativi ed inoltre incontrano comunque difficoltà nelle residenze, visto che in queste le attività praticate tendono ad essere svolte all'interno della struttura e che differiscono molto da quelle svolte nella vita quotidiana prima del trasferimento nella nuova abitazione (Moss, Moss, 2007).

Per quanto riguarda la distinzione tra luoghi è necessario ricordare l'impatto dell'ambiente di vita sulla salute e sulla longevità (Gu et al., 2007); infatti una dimensione importante che favorisce le relazioni sociali ed ostacola il sentimento di solitudine è l'appartenenza e l'attaccamento ai territori che varia in funzione dell'età e dalla dipendenza ambientale.

Nell'età avanzata tale caratteristica, che descrive una forte associazione tra la persona e l'ambiente (Bonnes, Secchiaroli, 1998), diventa più evidente per una minor competenza ambientale e di un maggior ritiro professionale e sociale. Proprio per la riduzione di questa capacità di far fronte ai compiti ambientali l'attaccamento alla zona dove si è vissuto per molti anni diventa centrale nella vita dell'anziano e può costituire una risorsa per sopperire alla riduzione di capacità motorie e cognitive.

Il sentimento di attaccamento ad una località costituisce una parte della nostra identità ed il luogo assume un'importanza più o meno rilevante a seconda dell'esperienza che l'individuo ha maturato con il proprio ambiente. Alcuni luoghi, per certe caratteristiche oggettive dell'ambiente (la posizione geografica, il fatto che sia naturale o costruito, il rumore, la presenza di ostacoli) per la presenza di più risorse, che rispondono in maggior misura ai bisogni dei soggetti, per la più grande possibilità di realizzare i progetti individuali e per la più intensa possibilità di sostegno, possono dare più sicurezza di altri e possono permettere lo stabilirsi di legami di diversa intensità.

Riteniamo, inoltre, che avere atteggiamenti consenzienti verso la possibilità di avere o realizzare a tutte le età una relazione d'amore, possa facilitare le relazioni interpersonali, attivare comportamenti soprattutto positivi e ridurre il sentimento di solitudine e avere una migliore qualità di vita.

Metodologia

Soggetti

Nel rispettare le caratteristiche della popolazione anziana residente in Casa di riposo (l'82% degli anziani istituzionalizzati ha più di 75 anni ed il 76% sono femmine), il campione è costituito da 296 anziani (105 maschi e 191 femmine), aventi un'età media di $83,4 \pm 6,8$ anni, residenti in alcuni istituti di Siena (n=148) e di Lucca (n=148). Questi sono in maggioranza vedovi (78%) o celibi/nubili (18,2%) e solo il 2,7% dei soggetti ha una relazione di coppia. La condizione di vedovanza è inoltre più presente negli istituti lucchesi (88,5%) rispetto a quelli senesi (67,6%). Nel raggruppare i soggetti per fasce di età (Cesa Bianchi 2004) e distinguendo gli young-old (giovani vecchi) (65-74 anni), gli old old (vecchi vecchi) (75-84 anni) e gli oldest-old (vecchi vecchissimi) (85-100 anni), abbiamo che in entrambi i contesti, la maggior parte dei soggetti ha un'età compresa tra 75 ed 84 anni (48%) e tra gli 85 ed i 100 anni (43,2%). Sono molti meno gli anziani che hanno un'età compresa tra 65 e 74 anni (8,8%). Queste differenze per genere, per lo stato civile e nell'età corrispondono a caratteristiche della popolazione che vive in istituto. Da ricerche effettuate si evidenziano, infatti, che il genere femminile, l'assenza di un partner, la presenza di una rete familiare ristretta, l'aumentare dell'età, maggiori difficoltà cognitive ed una minore indipendenza fisica sono tutti fattori che predicano l'istituzionalizzazione (Aguero-Torres et. al., 2001).

Strumenti

Gli strumenti somministrati sono stati i seguenti:

1°: una "Scheda socio anagrafica" per conoscere la storia dell'anziano ed il suo inserimento nella struttura;

2°: il Mini Mental State Examination (Magni et. alii, 1996), per conoscere il livello cognitivo degli anziani, costituito da 11 items che valutano la capacità di orientamento, la memoria di fissazione e di richiamo, l'attenzione e il calcolo e alcuni aspetti del linguaggio. Lo strumento ha un range di punteggi da 0 a 30 ed il risultato di 24 discrimina una prestazione normale da una patologica.

3°: la "Revised University of California at Los Angeles (UCLA) Loneliness Scale" (Russell et.al., 1980 Solano e Coda (1994), una scala ap-

plicata in molti studi che riguardano gli anziani, pur non essendo creata appositamente per questa fascia di popolazione (Cattan et al., 2005). Questa è composta da 20 item (10 formulati positivamente e 10 negativamente), che rilevano indirettamente la percezione di solitudine, la frequenza e la qualità dei rapporti sociali. Ai soggetti è stato chiesto di indicare su una scala Likert a 4 punti (da mai a spesso) la frequenza con cui avvertono una specifica sensazione. Il punteggio totale della scala è la somma delle risposte codificate. Un punteggio elevato corrisponde ad un alto livello di solitudine. Il range dei punteggi è compreso tra 20 ed 80 punti. Dai risultati di lavori che hanno esplorato la Scala, nella sua forma fattoriale, abbiamo che questa è formata da tre fattori denominati “Rapporti sociali” (item esemplificativi: “Esistono persone con cui posso parlare”, “Riesco a trovare compagnia quando ne ho voglia”), “Isolamento” (ad es. “Mi sento isolato dagli altri”, “Mi sento emarginato”) e “Rapporti Intimi” (ad esempio: “Le persone che mi circondano non mi sono in realtà molto vicine”, “Non sono più in rapporti stretti con nessuno”). (Austin, 198; Cavallero et alii, 2007) che indagano l’isolamento e la soddisfazione nella quantità e nella qualità dei rapporti.

Dalle ricerche internazionali, su campioni di adolescenti e di anziani, la Scala risulta essere uno strumento già attendibile e valido (Russell et al., 1980; De Grace et al., 1993; Anderson, Maliziosi-Loizos, 1992);

4°: un “Questionario di atteggiamenti” verso la solitudine degli anziani e la qualità dei rapporti sociali (appositamente costruito) (Cavallero et alii, in corso di stampa). Tale strumento è composto da 40 item, che valutano l’atteggiamento che gli anziani hanno verso lo stare da soli ed il sentirsi soli. I soggetti rispondono su una scala Likert a 6 punti, comprendenti una gamma di risposte che variano da “assolutamente in disaccordo” ad “assolutamente d’accordo”. Il Questionario è stato costruito sulla base di esperienze cliniche, di conoscenza della letteratura e di ricerche effettuate. Il Questionario si propone di valutare le cause della solitudine (ad es. “Le anziane che preferiscono la solitudine sono diffidenti verso le altre”, “La solitudine quando non è una scelta personale è dovuta ad insicurezze per le proprie capacità”, “La solitudine quando non è una scelta personale è dovuta al timore di non essere compresa”), le sue conseguenze (ad es. “Chi si sente perseguitata può soffrire di solitudine”, “La solitudine può essere conseguente a problemi di salute”) e la

capacità di stare da soli nell'età anziana (ad es. "L'essere soli è per la persona anziana un momento creativo", "La capacità di stare da sole è una possibilità della persona anziana"). Il punteggio dello strumento è calcolato su una scala Likert a 6 punti (da assolutamente in disaccordo ad assolutamente d'accordo).

Analisi dei dati

I dati ottenuti dalle codifiche dei diversi strumenti sono stati sottoposti ad analisi di attendibilità e di validità: per il test MMSE sono stati calcolati i punteggi per somma corretti per età e scolarità.

Per ciò che concerne l'UCLA Loneliness Scale, come indicato dalla letteratura (Russell D. e coll., 1982), abbiamo considerato la scala, sia come misura globale di solitudine, verificando la sua coerenza interna (Alpha di Crombach e Split-Half) e calcolando i punteggi per somma, sia come struttura a più fattori, calcolando i punteggi medi sulle dimensioni emerse da ricerche nazionali ed internazionali.

Riguardo al Questionario sull'atteggiamento che gli anziani hanno verso la solitudine, dopo aver controllato le correlazioni tra item e le distribuzioni delle frequenze, abbiamo controllato l'attendibilità di ogni fattore risultato da precedenti ricerche.

Tutti i risultati dei due strumenti sono stati sottoposti ad altre analisi (*t* di Student) per verificare se, nel nostro campione, si ci fossero differenze statisticamente significative relative al genere, al luogo di residenza e all'atteggiamento verso la positività dell'avere una relazione d'amore nella terza età.

Risultati

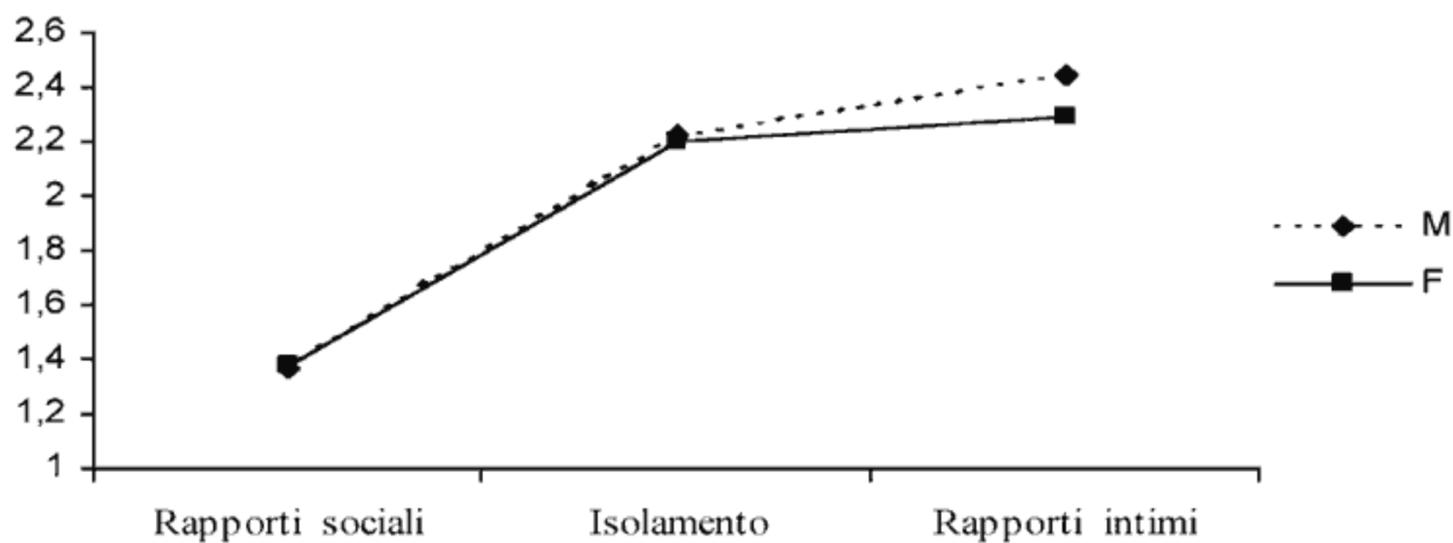
Dai nostri dati l'UCLA-LS è risultata una scala attendibile ($\alpha = .63 - .80$) con punteggi da 20 a 61 ed un valore medio di percezione di solitudine di $38,31 \pm 8,40$. Poiché in letteratura si evidenzia che il livello medio di solitudine percepita dagli anziani, si colloca tra 37,24 (Krhon, Bergman-Evans, 2000) e 37,54 (De Grace et alii, 1993) e poiché in un precedente lavoro, da noi effettuato, su un campione di 956 anziani toscani abbiamo ottenuto un punteggio medio di 37,01, il valore di 38,31 risulta significativamente maggiore della media di riferimento ($t(295) = 2,668; p < ,01$). Inoltre, i punteggi medi calcolati sulle tre dimensioni del-

l'UCLA-LS (range 1-4) indicano che gli anziani che vivono in residenze prevalentemente non avvertono la mancanza di persone con cui parlare (Rapporti Sociali: $M= 1,38\pm,38$), si sentono raramente isolati (Isolamento: $M= 2,20\pm,64$) e rare volte percepiscono la carenza di rapporti di profonda amicizia (Rapporti Intimi: $M= 2,34\pm,63$).

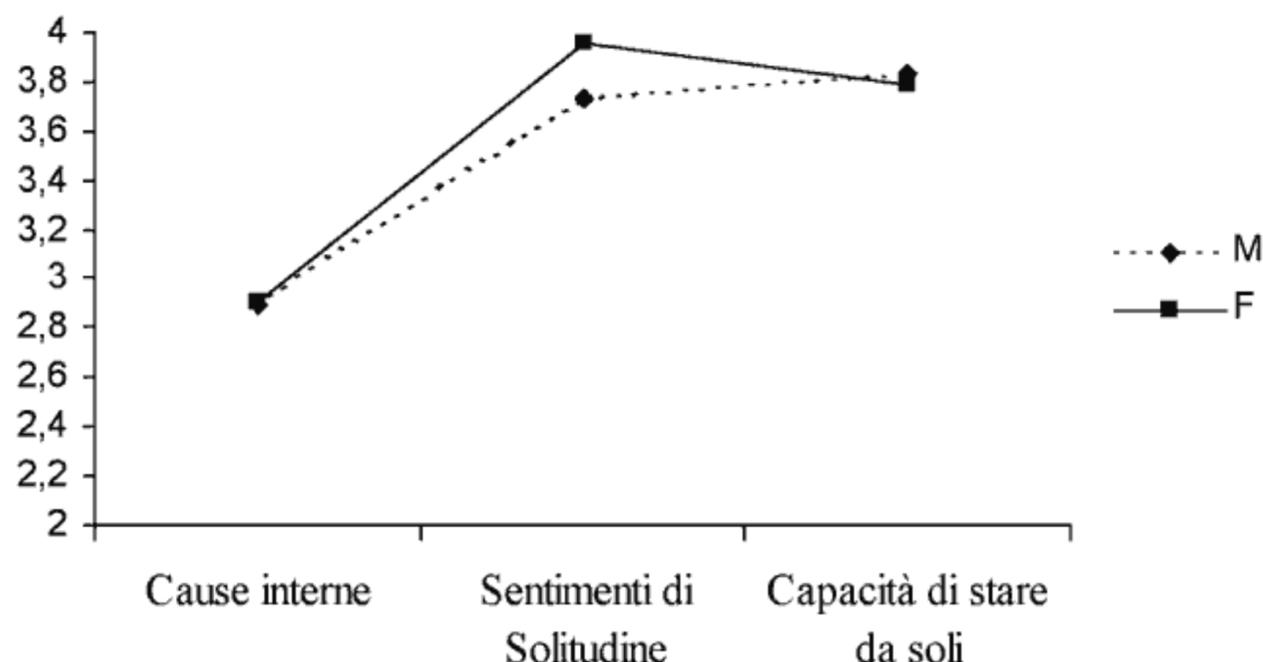
Per quanto riguarda gli atteggiamenti verso la solitudine (range di riferimento: 1 – 6) gli anziani tendono a ritenere che la solitudine non sia dovuta a caratteristiche di personalità, che impediscono il contatto con gli altri (Cause Interne: $M= 2,90 \pm 1,07$) ma che gli anziani siano capaci di stare da soli (Capacità di stare da soli: $M= 3,80\pm 1,13$) e che la solitudine abbia conseguenze negative (Sentimento di solitudine: $M= 3,87\pm,76$). Rapporti intimi ($t(190,70)= 1,96; p = .05$).

Nel considerare il genere, pur non trovando differenze nella percezione generale di solitudine, abbiamo ottenuto che i maschi, rispetto alle femmine, percepiscono soprattutto una mancanza di rapporti intimi ($t(190,70)= 1,96; p = .05$) (Fig.1) Questo potrebbe essere conseguente al fatto che i maschi più concentrati sull'azione, siano meno abituati a raccontarsi e ad instaurare nuovi legami profondi (Moss, Moss, 2007).

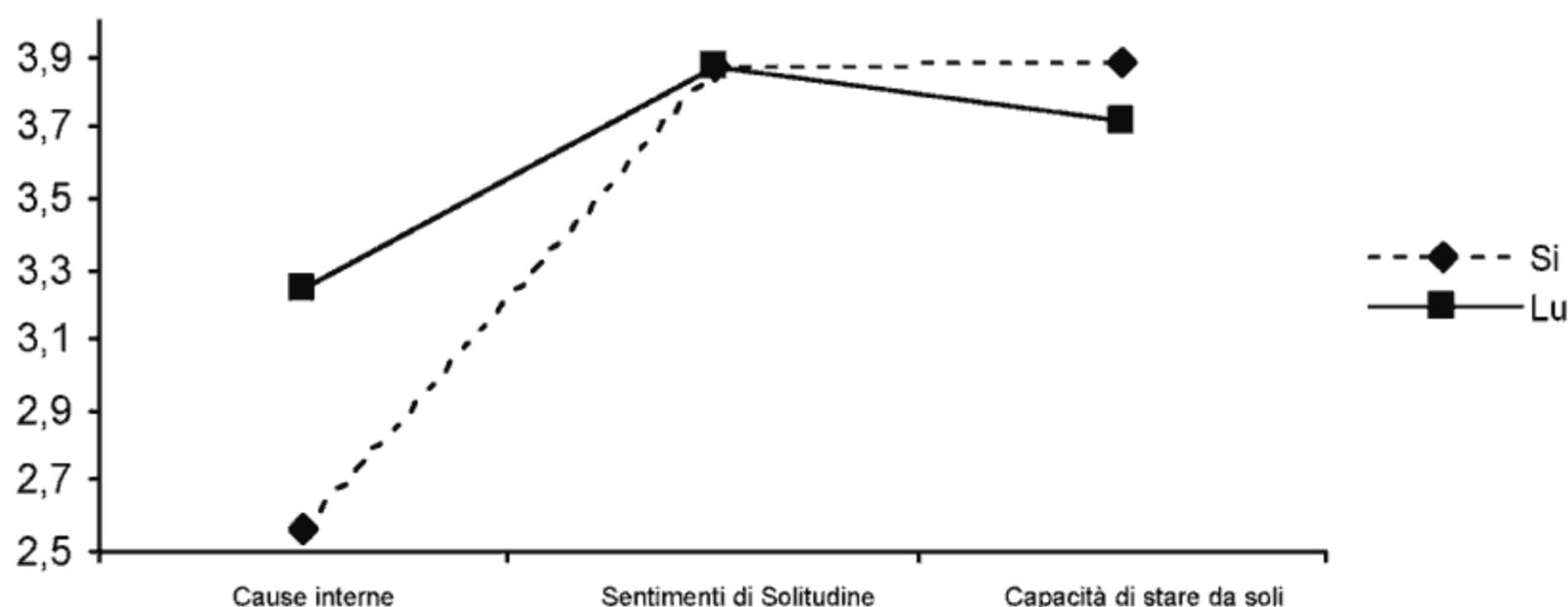
Fig. 1 - Genere e percezione di solitudine



Invece dall'atteggiamento espresso verso la solitudine degli anziani abbiamo che sono i maschi a credere maggiormente negli effetti positivi della solitudine ($t(294)= -2,387, p<.05$) (Fig. 2). Il risultato può farci ritenere che gli anziani, rispetto alle anziane, siano più orientati all'azione privilegiando anche attività pratiche da svolgere da soli (Moss, Moss, 2007) (Fig n.2).

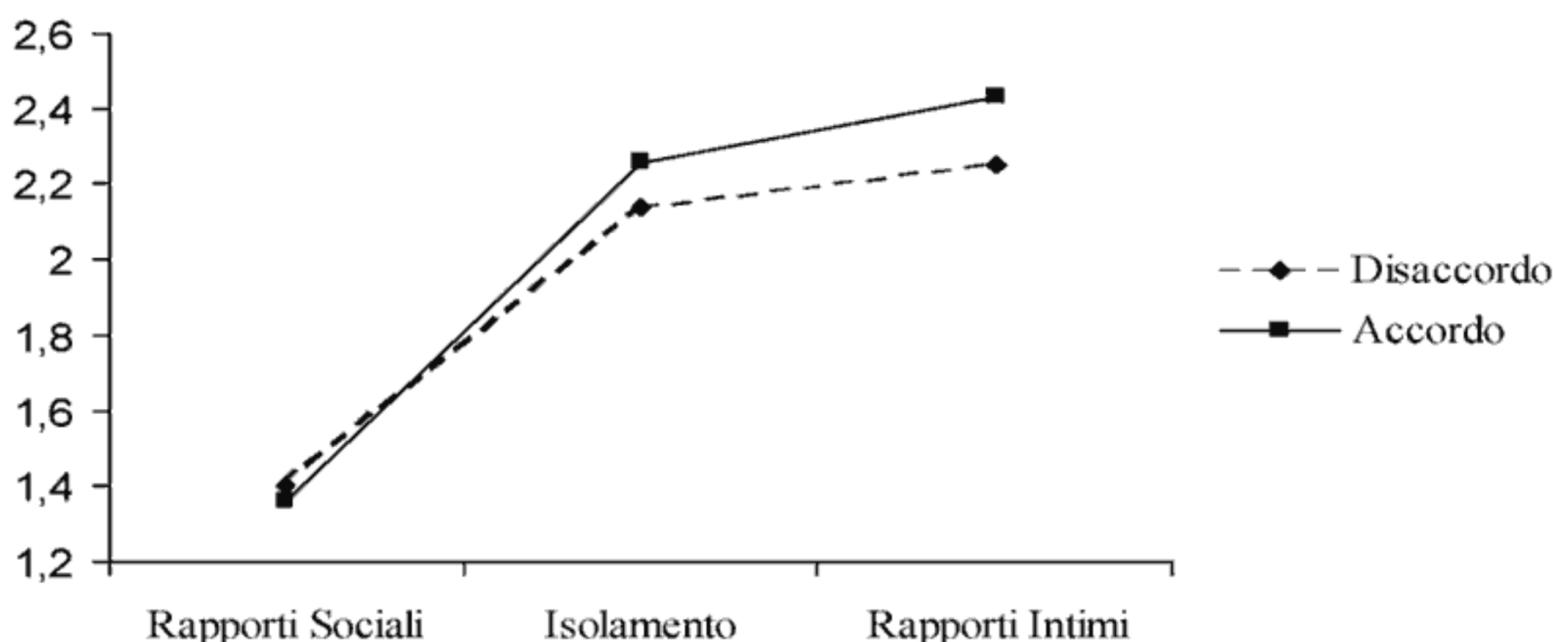
Fig. 2 - *Genere e atteggiamento di solitudine*

Il vivere in luoghi geograficamente diversi non induce ad alcuna diversità nella percezione di solitudine, ma abbiamo che gli anziani di Lucca, rispetto a quelli di Siena, siano più d'accordo nel ritenere la solitudine conseguenza di problematiche personali ("Cause Interne"), che impediscono la comunicazione e lo stare assieme ($t(273,52)=-5,67$, $p<.01$) (Fig. 3). In questa diversità possono incidere le caratteristiche del luogo o delle residenze per gli anziani che a Lucca si trovano in posizione più centrale e che quindi permettono maggiormente di mantenere i contatti con l'esterno.

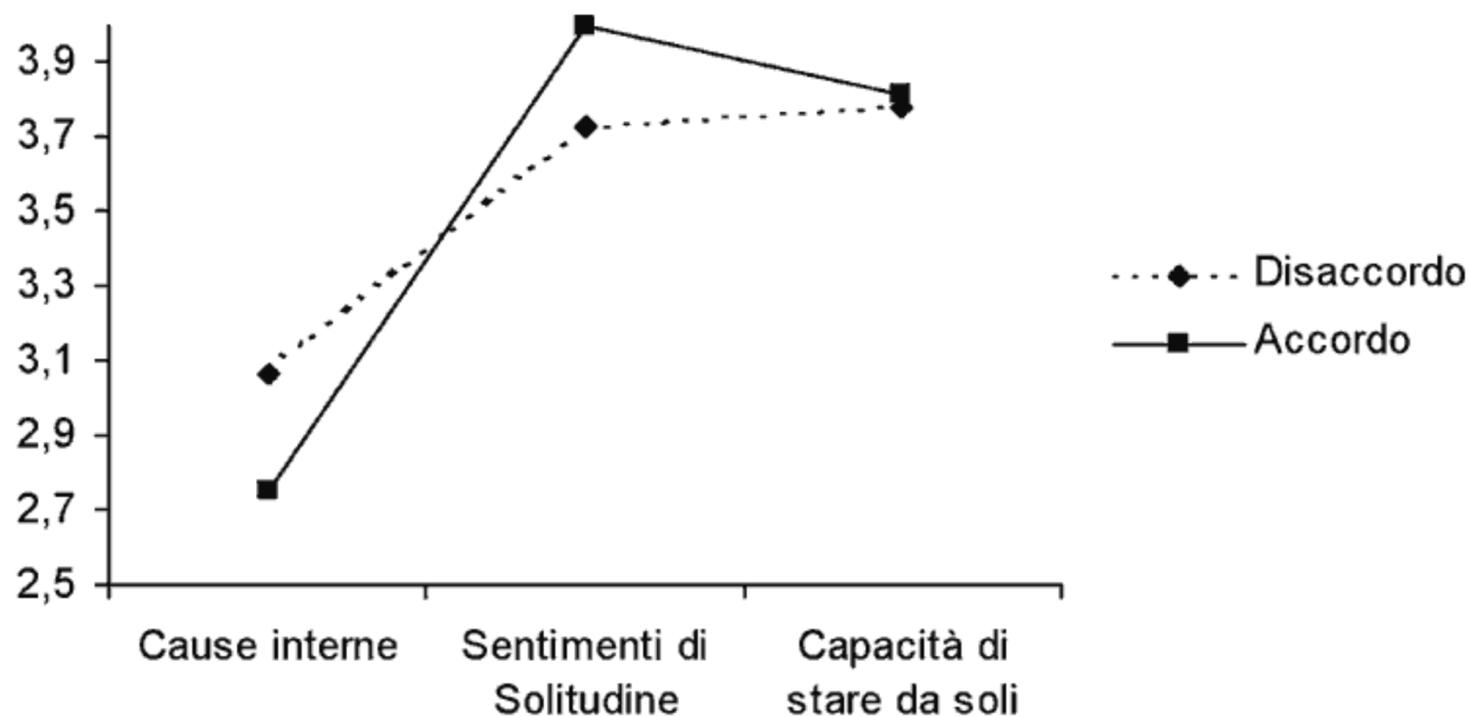
Fig. 3 - *Luogo e atteggiamento di solitudine*

Coloro che sostengono l'importanza di avere una relazione d'amore nella terza età, che aiuta a percepire meno la solitudine, sono gli anziani che soffrono della mancanza di intimità ($t(294)=-2,52, p=.01$) (Fig. 4). Sembra che gli anziani, non molto soddisfatti della qualità dei propri rapporti, si sentano più consapevoli della positività dei rapporti amorosi considerandoli una risorsa anche nella terza età. Dalle risposte più estese date ai Questionari, pare invece che, quelli che non credono alla possibilità di avere un partner amoroso, siano coloro che ricordano il coniuge deceduto e che, avendo ancora molto vivido il ricordo, non avvertano la necessità di avere una nuova vita amorosa. In questo caso, infatti, il vedovo considererà il defunto presente e non avvertirà il bisogno ed il desiderio di dar vita a nuovi rapporti sentimentali (Campione, 2000). Probabilmente, il rimanere ancorati al passato, permette comunque di non percepire la mancanza di un altro significativo e di non sperimentare la difficoltà di ricrearsi, ad un'età avanzata, nuovi legami sentimentali.

Fig. 4 - *Opinione verso il rapporto amoroso e percezione della solitudine*



Coloro che sostengono l'importanza di avere una relazione d'amore nella terza età che, come indicato in letteratura, può essere un fattore deterrente per la solitudine (Ernest, Cacioppo, 1999), sono anche più concordi nel ritenere che la solitudine abbia conseguenze negative ($t(294)=-3,05, p<.01$) e sia meno dovuta a problematiche personali ($t(276,30)=2,60, p=.01$) (Fig.n. 5). La solitudine per questi anziani dipende più dalle circostanze della vita che portano di conseguenza a perdite nelle relazioni significative ed è anche difficile ricostruirle.

Fig. 5 - *Opinione verso il rapporto amoroso e atteggiamenti della solitudine*

Conclusioni

Nel complesso dai risultati emerge che gli anziani più autonomi, pur sentendosi soli, non si ritengono isolati e sono abbastanza soddisfatti della propria vita sociale. Sembra che gli ospiti siano ben adattati alla realtà istituzionale. Probabilmente l'istituzione è riuscita a soddisfare bisogni fondamentali come quelli di assistenza, di sicurezza e di socialità riuscendo ad incrementare il numero e la qualità di rapporti sociali che forniscono supporto sia emotivo che strumentale (Drageset, 2004). Sulle opinioni di solitudine gli anziani ritengono che il sentirsi soli possa dipendere più dagli eventi di vita (vedovanza, malattie o cambiamenti residenziali) piuttosto che da caratteristiche di personalità, che impediscono il relazionarsi con gli altri; pur non negando gli aspetti positivi della solitudine e l'importanza dello stare da soli anche nella terza età, ne accentuano le conseguenze negative. Circa le differenze di genere, i maschi, più delle femmine, avvertono la mancanza di rapporti intimi ed evidenziano di più l'influenza negativa della solitudine sulla qualità di vita. Questo dato è coerente al fatto che spesso i maschi rispetto alle femmine sono meno capaci di esprimere e di accettare la solitudine (Cramer, Neyedley, 1998) e sono meno abili a stabilire relazioni amicali intime ed emotivamente significative (Adams et. alii, 2000). Inoltre, i maschi pos-

sono trovare maggiori difficoltà in un ambiente che non riconosce a supporto la loro mascolinità (Moss, Moss, 2007).

Il territorio di propria appartenenza, inoltre, pur non incidendo nella percezione generale di solitudine, provoca diversità nell'atteggiamento verso questo sentimento: gli anziani di Siena, rispetto a quelli di Lucca, sono meno d'accordo nel ritenere che, la solitudine sia dovuta a problematiche personali. Infine si sottolinea che i soggetti che attribuiscono maggiore importanza all'aver una relazione d'amore nella terza età, forse avvertendo il bisogno di un rapporto amoroso, percepiscono di più la mancanza di persone con cui avere rapporti di amicizia profondi, sottolineando soprattutto le conseguenze negative della solitudine e l'importanza delle cause esterne nel determinarla.

Vista l'accettazione da parte degli anziani rispetto agli strumenti proposti e la facilità con cui venivano somministrati i questionari è sembrato opportuno riflettere su interventi, che possono prevenire la solitudine e favorire l'integrazione sociale ed il sostegno. Alla luce dei desideri emersi al termine delle somministrazioni del nostro materiale, sarebbe utile progettare degli interventi più rivolti alla richiesta di comunicazione, che stimolino l'impegno in qualche attività costruttiva o ricreativa, favorendo la comunicazione, l'autonomia ed il desiderio di integrazione e facendo diminuire il livello di stress. Con l'aiuto degli operatori della struttura, sarebbe importante cercare di soddisfare alcune richieste, che diano la possibilità di socializzare come, ad esempio, rivisitare il luogo natò, andare a ballare, frequentare i giovani per uno scambio di opinioni, avere un animale domestico, far conoscere le proprie poesie, imparare ad usare internet. Visto che la solitudine dell'anziano nasce spesso dalla perdita di relazioni significative, con i racconti potrebbe essere esplorato lo stato delle relazioni attuali ed i desideri relazionali di ciascuna persona cercando di rafforzare le reti di relazioni familiari ed amicali, sia all'interno che all'esterno della casa di riposo (Kocken, 2001).

Inoltre, poiché gli anziani tendevano dare non solo risposte alle nostre richieste, ma avevano la tendenza ad esprimere le loro esperienze di vita, a questo scopo, sarebbe necessario forse per il futuro utilizzare metodi narrativi più rispondenti all'esigenza delle persone anziane.

Sarebbe poi utile indagare le strategie di coping visto che queste ricoprono un ruolo importante nell'adattamento individuale a situazioni di

vita stressanti, contribuendo od ostacolando la salute psicofisica (Sirigatti et. al., 1996). Benessere e salute degli individui non dipendono infatti direttamente dalla quantità e dal livello di stress a cui sono sottoposti, ma dal modo in cui questi valutano ed affrontano le situazioni critiche. Dalla letteratura emerge che per fronteggiare gli eventi di vita percepiti come stressanti saranno più efficaci strategie di coping adatte al tipo di stress avvertito ed alla lunghezza del periodo stressante. Importanti variabili sono anche la flessibilità e le aspettative che le persone hanno di raggiungere certi obiettivi. Se la persona non crede di poter risolvere un dato problema le persone rinunceranno a raggiungere i propri obiettivi (Sica et al., 1997). Molti anziani che vivono negli istituti sentono di non poter far fronte alla vita di comunità ritenendola difficile ed invivibile. Le persone che si sentono impotenti di fronte alla nuova vita saranno più passive, si ripiegheranno sempre più su se stesse e svilupperanno con più probabilità sentimenti depressivi e di solitudine. Al contrario, coloro che si aspettano di poter migliorare la vita comunitaria si valorizzerà l'aspetto funzionale dell'Istituto e si avrà un atteggiamento più costruttivo verso la propria vita. Oltre alle strategie di coping, comunque, è necessario che gli anziani rielaborino la propria esperienza di vivere in una comunità ed è necessaria una rielaborazione che comporti arricchimento e crescita attraverso la difficoltà.

Oltre allo sviluppo di abilità e risorse personali attuali e potenzialmente acquisibili per migliorare e controllare di più la propria vita, sviluppando un più potente senso di sé, potrebbe essere indicata una maggiore analisi critica e rafforzando la capacità di agire in collaborazione con gli altri, per ridefinire e raggiungere scopi collettivi. L'intervento potrebbe anche essere mirato ad un accrescimento del senso di comunità, per accrescere la percezione della similarità con gli altri, una riconosciuta interdipendenza, una sensazione di appartenere ad una struttura pienamente affidabile e stabile. Con tale modalità tutti componenti della struttura potrebbero affrontare meglio eventi importanti e sviluppare solidarietà di fronte alle difficoltà. In questa ottica, i disagi non sarebbero più considerati di pertinenza esclusiva dello staff, ma verrebbero ridefiniti come responsabilità dell'intera comunità (Zamperini, 1998).

Sommario

Introduzione

È un evento difficile entrare in una istituzione, perché comporta novità ambientali e modificazioni dei rapporti sociali e familiari, che possono incidere sulla percezione di sé con rischi di isolamento e solitudine (Krohn, Bergman-Evans, 2000).

Obiettivi

Si indaga come gli anziani autosufficienti istituzionalizzati percepiscono e considerano la propria vita sociale e quella dei coetanei. Si ipotizzano diversità per genere, luogo, età e per l'importanza di una relazione d'amore

Metodi

Il campione è di 296 anziani autosufficienti, con un'età media di 83 anni, di due città toscane. Sono stati somministrati il Mini Mental Status Examination (MMSE), una Scala per la percezione di solitudine e dei rapporti sociali (UCLA Loneliness Scale- Russell. et alii, 1980; Solano, Coda, 1994), ed un Questionario sulle opinioni degli anziani verso la solitudine e l'essere soli (Cavallero et. Alii, 2004), I dati sono stati elaborati con la statistica non parametrica e confrontati con test t di Student.

Risultati-conclusioni

Dai risultati abbiamo anziani autonomi che, pur sentendosi soli, non si ritengono isolati e sono abbastanza soddisfatti della loro vita sociale. Non riconoscono una solitudine dovuta a caratteristiche di personalità e in parte affermano che questa possa influenzare la qualità di vita. Risultano differenze sia rispetto alla percezione della propria solitudine, sia rispetto alle opinioni verso gli anziani, riguardo al genere, all'età e al territorio di appartenenza. È da sottolineare l'importanza nella terza età di una relazione d'amore.

Abstract

Introduction

Entering a residential institution is a difficult event because it involves a new environment and changes to social and family relationships, which could influence self-perception with the risk of isolation and loneliness. (Krohn, Bergman-Evans, 2000).

Objectives

To investigate how institutionalised self-sufficient elderly people perceive and consider their own social life and that of their contemporaries. Different genders, places, ages and the importance of a loving relationship were taken into account.

Methods

The sample comprises 296 self-sufficient elderly people, with an average age of 83, in two cities in Tuscany. They were given the Mini Mental State Examination (MMSE), a scale for measuring the perception of loneliness and social relationships (UCLA Loneliness Scale – Russell D. et alii, 1980; Solano, Coda, 1994), and a questionnaire about their opinions of loneliness and being alone. (Cavallero et. alii, 2004). Nonparametric statistics were applied to the processing of the data, which were then compared with Student's T test.

Results – conclusions

We found autonomous elderly people who, despite feeling alone, did not consider themselves to be isolated and were fairly satisfied with their social life. They do not consider loneliness to be due to personality and, in part, state that it can influence the quality of life. Differences were noted in the perception of personal loneliness and opinions about the elderly depending on gender, age and the area of origin. It should be stressed that a loving relationship is very important for senior citizens.

Résumé

Introduction

L'entrée dans une institution est une épreuve difficile, car elle comporte des changements dans l'environnement et dans les rapports sociaux et familiaux pouvant avoir une incidence sur la perception de soi avec des risques d'isolation et de solitude (Krohn, Bergman-Evans, 2000).

Objectifs

On a interviewé des personnes âgées autosuffisantes institutionnalisées pour savoir comment elles percevaient et considéraient leur propre vie sociale et celle des personnes du même âge. On admet des diversités par genre, lieu, âge et par l'importance d'une relation sentimentale.

Méthodes

L'échantillon est constitué de 296 personnes âgées, d'un âge moyen de 83 ans, de deux villes toscanes. On les a soumises au Mini Mental Status Examination (MMSE), un barème pour la perception de solitude et des rapports sociaux (UCLA Loneliness Scale- Russell D. et alii, 1980; Solano et Coda, 1994), et à un Questionnaire sur les opinions des personnes âgées sur la solitude et le fait d'être seules (Cavallero et alii, 2004). Les données ont été élaborées selon la statistique non paramétrique et comparées avec le test de Student.

Résultats – conclusions

Des résultats, il émerge que nous avons des personnes âgées autonomes qui, bien que se sentant seules, ne se considèrent pas isolées et sont assez satisfaites de leur vie sociale. Elles ne reconnaissent pas une solitude due à des caractéristiques de personnalité et, en part, elles affirment que cette dernière peut avoir une influence sur la qualité de vie. On note des différences au niveau de la perception de la propre solitude et des opinions sur les personnes âgées, à propos du genre, de l'âge et du territoire d'appartenance. Il faut souligner l'importance, pour le troisième âge, d'une relation sentimentale.

Bibliografia

- Adams, R.G., Blieszner R., Vries, B. (2000), *Age, Gender, and Study Location Effects*, "Journal of Aging Studies", 14,1, 117-1333.
- Aguero-Torres H., Von Strass E., Viitamen M., Winblad B., Fratiglioni L. (2001), *Instituzionalization in the elderly: the role of cronic diseases and dementia. Cross-sectional and longitudinal data from a population-based study*, "Journal of Clinical Epidemiology", 54, 795-801.
- Austin, B.A. (1983), «Factorial Structure of the UCLA Loneliness Scale», *Psychological Reports*, 53, pp.883-889.
- Banks M.R., Banks W.A. (2002), *The Effects of Animal-Assisted Therapy on Loneliness in an Elderly Population in Long-Term Care Facilities* (2002), *Journal of Gerontology*, 57A,7, M428-M432.
- Baroni M (2003), *I processi psicologici dell'invecchiamento*, Carocci, Roma.
- Baumeister R.F. and Leary M.R.(1995), *The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation*, "Psychological Bulletin", 117, pp. 497-529.
- Belloni Sonzogni A., (2004), *Immagine di sé e anziano istituzionalizzato*, in Cesa-Bianchi M. e Albanese O. (a cura di), *Crescere e invecchiare: la prospettiva del ciclo di vita*, Unicopli, Milano.
- Bonnes M., Secchiaroli G. (1998), *Psicologia ambientale*, Carrocci, Roma.
- Burgalassi, S. (1992), *Solitudine e solitudini. Le mappe delle solitudini in un'indagine sulla condizione anziana in Toscana. I, Teorie e risultati statistico-sociologici*, Edizioni ETS, Pisa.
- Cassidy T. (2002), *Stress e Salute*, Il Mulino, Bologna.
- Campione F. (2000), *Il deserto e la speranza. Psicologia e psicoterapia del lutto*, Armando, Roma.
- Cavallero P., Morino Abbele F., Ferrari M.G., Bertocci B., *Solitudine ed essere soli: indagine su un gruppo di anziani toscani*, in corso di stampa su "Ricerche di Psicologia".
- Cavallero P., Morino-Abbele F., Bertocci B. (2007), *The Social relations of the Elderly*, "Archives of Gerontology and Geriatrics", suppl. 1, 97-100.
- Cesa Bianchi M. (2004), *La psicologia dell'invecchiamento*, in Cesa-Bianchi M. e Albanese O. (a cura di), *Crescere e invecchiare: la prospettiva del ciclo di vita*, Unicopli, Milano.
- Chalise H. N., Saito T., Takahashi M., Kai I. (2006), *Relationship specialization amongst sources and receivers of social support and its correlations with loneliness and subjective well-being: A cross sectional study of Nepalese older adults*, "Archives of Gerontology and Geriatrics", 44, 3, 299-314.

- Cavallero P., Ferrari M.G., Bertocci B. (2006), *Solitudine e relazioni sociali: due aspetti della vita delle donne anziane*, "Psychofenia", IX, 14, 99-118.
- Cramer K.M., Nevedley K.A. (1998), *Sex differences in loneliness: the role of masculinity and femininity*, "Sex Roles: A Journal of Research", 38, 645-653.
- De Grace, G.R., Joshi, P., Pelletier, R. (1993), *L'Echelle de solitude del'Université Laval (ESUL): validation canadienne-fancaise du UCLA Loneliness Scale*, "Revue canadienne des sciences du comportement", 25 (1), 12-27.
- Drageset J. (2004), *The importance of activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes*, "Scandinavian Journal of Caring Sciences", 18, 65-71.
- Ernest J.M., Cacioppo J.T. (1999), *Lonely hearts: Psychological perspectives on loniness*, "Applied & Preventive Psychology", 8, 1-22.
- Henrich L.M., Gullone E. (2006), *The clinical significance of loneliness: a literature review*, "Clinical Psychology Review", 695-718.
- Fiori K.L., Antonucci T.C., Cortina K.S. (2006), *Social Network typologies and mental health among older adults*, "Journal of gerontology", 61B, P25-P32.
- Fonzi A., Riannetti E., Tani F. (1997), *Il legame di amicizia nell'arco di vita: giovani e anziani a confronto*, "Archivio di Psicologia, Neurologia e Psichiatria", LVIII, 2-3, pp. 133-144.
- Fonzi A. (1998), *La funzione del legame amicale nell'arco di vita*, "Età Evolutiva", 6, pp. 87-9.
- Gu D., Dupre M.E., Liu G. (2007), *Characteristics of the institutionalized and comunity residing oldest-old in China*, "Social Science & Medicine", 64, 4, 871-883.
- Krohn B., Bergman-Evans B. (2000), *An Exploration of Emotional Health in Nursing Home Residents: Making the Pieces Fit*, "Applied Nursing Research", 13, 4, 214-217.
- Kocken P. (2001), *Intermediates' satisfaction with a loneliness intervention program aimed at older adults: linkage of program plans and users' needs*, "Patient Education and Counseling", 43, 189-197.
- Magni, E., Binetti, G., Bianchetti, A., Rozzini, R., Trabucchi, M. (1996), *Minimal mental state examination: a normative study in Italian elderly population*, "European Journal of Neurology", 3, 1-5.
- Magrin M.E., Scrignarò M., Viganò V. (2006), *Fattori di resilienza e benessere psicologico*, "Psicologia della salute", 1, 9-24.

- Moss S.Z., Moss M.S. (2007), *Being a man in long term care*, "Journal of Aging Studies", 21, 43-54.
- Palmeo P.A., Lawton M.P. (1990), *The design of Special Enviroments for the Aged. In Handbook of the Psychology of Aging. The Third Edition*, American Press.
- Peplau, L.A., Perlman, D. (1982), *Perspectives on loneliness*, in L.A. Peplau, D. Perlman, (eds), "Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy", Wiley & Sons, New York.
- Rokach A., 1998, *Loneliness and psychotherapy*, "Psychology – A Quarterly Journal of Human Behavior", 35, 2-18.
- Rubenstein, C.M., Shaver, P. (1982), *In Search of Intimacy*, Delacorte Press, New York.
- Russell, D., Peplau, L.A., Cutrona, C.E. (1980), *The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and Discriminant Validity Evidence*, "Journal of Personality and Social Psychology", 39(2), pp. 472-480.
- Sica C., Novara C., Dorz S., Sanavio E. (1997), *Coping orientation to Problems Experienced (COPE): traduzione e adattamento italiano*, "Bollettino di Psicologia Applicata", 233, 25-34.
- Solano, L. e Coda, R. (1994), *Relazioni, emozioni, salute. Introduzione alla psicoimmunologia*, Piccin, Padova.
- Sirigatti S., Stefanile C., Toselli M. (1996), *Una misura per il coping: il coping Inventory for stressfull situation*, "Bollettino di psicologia Applicata", 45-47.
- Tower R.B., Stanislav V., Kasl V., Darefsky A.S. (2002), *Types of Marital Closeness and Mortality Risk in Older Couples*, "Psychosomatic Medicine", 64, 644-659.
- Weiss, R.S. (1973), *Loniness: The Experience of Emotional and Social Isolation*, MIT Press, Cambridge.
- Zamperini A. (1998), *Psicologia sociale della responsabilità*, UTET, Torino.