



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO E DELLA SOCIALIZZAZIONE

Corso di Laurea triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche

Tesi di Laurea Triennale

Invecchiamento soggettivo, funzionamento psicologico e *burden* nel caregiver informale di una persona con demenza.

*Subjective aging, psychological functioning and burden in informal
caregiver of a person with dementia.*

Relatore:

Dott.ssa Carbone Elena

Dipartimento di Psicologia Generale

Laureanda: Paiusco Bianca

Matricola: 1220576

Anno Accademico 2021-2022

Indice

INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1 Invecchiamento e <i>caregiving</i>: fattori di rischio e protezione.....	5
1.1 Invecchiamento patologico: la figura del <i>caregiver</i> informale	5
1.2 Funzionamento psicologico nei caregiver di malati con demenza	7
1.3 Fattori di rischio e protezione legati al lavoro di cura	8
1.1 Invecchiamento soggettivo e <i>caregiving</i> : quali possibili relazioni?.....	10
CAPITOLO 2 La relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e fattori psicologici in <i>caregivers</i> informali di persone affette da demenza	13
2.1 Obiettivi	13
2.2 Metodo	14
2.2.1 Partecipanti	14
2.2.2 Materiali.....	15
2.2.3 Procedura	19
2.3 Risultati.....	19
2.4 Discussione e conclusione	23
Bibliografia	26

INTRODUZIONE

La demenza è un disturbo neurodegenerativo che va a compromettere progressivamente le maggiori funzioni cognitive, emotive e sociali della persona, provocando la progressiva perdita dell'autonomia nelle abituali attività quotidiane. Le persone con demenza necessitano quindi di un costante supporto assistenziale, che spesso ricade direttamente sui familiari più prossimi (*caregiver* informali). Il *caregiver* informale costituisce una delle risorse primarie per il benessere del malato, ma allo stesso tempo si trova a essere la persona maggiormente esposta allo stress legato al lavoro di cura. La ricerca è sempre più interessata a indagare lo stato di salute del *caregiver* – dal punto di vista sia psicologico sia cognitivo – per comprendere quali fattori possano influenzare la gestione del *burden* derivante dal lavoro di cura. Fattori psicologici come solitudine e resilienza sono capaci di influenzare negativamente o positivamente il benessere fisico e psicologico del *caregiver* informale. Allo stesso modo, la percezione soggettiva dell'invecchiamento è un aspetto psicologico poco indagato nel *caregiver*, ma potenzialmente in grado di influenzare il suo funzionamento cognitivo e psicologico.

Il presente elaborato vuole approfondire queste tematiche. Il primo capitolo avrà come focus la figura del *caregiver* informale di persone con demenza, in modo particolare si concentrerà sul funzionamento psicologico del *caregiver*, evidenziando anche i fattori di rischio e di protezione del lavoro di cura e le conseguenze che il *caregiving* può avere sul benessere psicofisico. Inoltre, verrà approfondita la percezione soggettiva dell'invecchiamento, in termini di Età Soggettiva e Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento, e l'influenza di questa sul funzionamento psicologico di una persona adulta-anziana. Nel secondo capitolo verrà presentato lo studio condotto, come parte di un progetto di ricerca più ampio, che ha avuto come obiettivo quello di indagare la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento (in termini di età soggettiva e consapevolezza di cambiamenti legati all'avanzare dell'età) e fattori psicologici quali resilienza, solitudine e *burden*, in un campione di *caregivers* informali di persone come demenza. I risultati ottenuti saranno discussi alla luce della letteratura esistente e per le loro implicazioni.

CAPITOLO 1

Invecchiamento e *caregiving*: fattori di rischio e protezione.

1.1 Invecchiamento patologico: la figura del *caregiver* informale

Grazie all'aumento della speranza di vita e della popolazione anziana, si è verificato negli ultimi 15 anni un aumento della prevalenza delle patologie cronic-degenerative legate alla vecchiaia, tra cui un importante aumento di prevalenza della demenza per le fasce di età over 65 (Borella e coll., 2015).

La demenza è un disturbo a carattere degenerativo che si caratterizza per essere una “disfunzione cronica, progressiva e generalmente irreversibile delle funzioni del sistema nervoso centrale, il cui risultato è un complesso declino cognitivo generalmente accompagnato da disturbi dell'umore, del comportamento e della personalità” (Borella e coll., 2015). Secondo i dati del Sistema Sanitario Nazionale si stima che il numero totale di persone che soffrono di demenza ammonti a circa 1 milione e che tra questi ci sarebbero 600.000 anziani over 65 che vivono in famiglia e che soffrono di Alzheimer, ossia il 4,2% degli anziani italiani over 65. Questi dati rilevano un grave problema, poiché il decadimento progressivo del funzionamento dei pazienti affetti da demenza comporta un carico assistenziale particolarmente oneroso per i conviventi e i *caregivers* (ISTAT, 2021).

Secondo il Manuale Diagnostico Statistico (DSM-V), le diverse forme di demenza vengono raggruppate in un'unica categoria denominata “Disordini Neurocognitivi Maggiori” e comprende specifici criteri diagnostici: un declino in almeno due domini cognitivi (es., attenzione, linguaggio, memoria, apprendimento, funzioni esecutive, capacità percettivo-motorie, cognizione sociale) tale per cui costituisca un peggioramento rispetto al funzionamento precedente e interferisca con le normali attività quotidiane. Le demenze vengono classificate a seconda della natura eziologica della malattia. In particolare, ci sono le demenze degenerative (o primarie), tra cui la demenza di tipo Alzheimer, le demenze fronto-temporali, demenze con corpo di Lewy e forme di demenza

unite a disturbi del movimento (come Parkinson, Corea di Huntington), e demenze non generative (o secondarie), potenzialmente reversibili, come la demenza vascolare, la pseudo-demenza e demenze secondarie a depressione, demenze secondarie a malattie infettive, demenze da encefalopatie metaboliche e tossiche e demenze da idrocefalo normoteso (Borella, Carbone et. al, 2015).

La persona affetta da demenza necessita di assistenza per quasi tutti gli aspetti della vita quotidiana e spesso questo carico assistenziale ricade sulla cerchia familiare del malato. In questo contesto emerge la figura del *caregiver* informale, ossia una persona, solitamente un familiare, che assiste in ambito privato la persona affetta da demenza. Secondo i dati CENSIS (2007) emerge che in Italia i *caregivers* sono prevalentemente donne (76,6%), tra mogli e figlie della persona assistita. Solitamente i *caregivers* hanno un'età compresa tra i 46 e 60 anni (51,6%), cosa che testimonia una maggior presenza di figli rispetto a coniugi. Inoltre, emerge anche che circa il 45,7% dei *caregivers* debba modificare alcuni aspetti della propria professione a causa del carico di lavoro derivante dalla cura, in particolare si evince che i *caregivers* informali dedichino in media 6 ore giornaliere all'assistenza diretta del malato (cure igieniche, alimentazione, somministrazione dei farmaci) e altre 7 ore siano invece dedicate alla sorveglianza del malato. Il *caregiving* informale risulta essere un insieme variegato di mansioni che occupano molta della vita del *caregiver* e si stima che arrivi a coprire circa il 90% del fabbisogno assistenziale del malato, andando dunque a costituire un vero e proprio capitale sociale (Lucidi & Grano, 2015).

La demenza è una patologia che impatta non solo sul malato ma anche su tutta la rete familiare che se ne prende cura: il *caregiver* informale, infatti, è esposto quotidianamente a stress derivanti dai sintomi della demenza, come i disturbi comportamentali, cognitivi e fisici che possono portare il *caregiver* a sviluppare il *caregiver burden*. Il tema del *burden* connesso al *caregiving* di persone affette da demenza ha acquisito un interesse sempre crescente, poiché è un costrutto multidimensionale che considera lo stato di sofferenza derivante dall'attività di cura che va ad impattare sulla "salute fisica e psichica, la vita sociale e lo status economico del *caregiver*" (Lucidi & Grano, 2015). Il *caregiver burden* porta ad un esaurimento di energie a livello fisico, emotivo e mentale, con la costante percezione di sentirsi deboli, stanchi, fortemente stressati e infelici (Almberg, Grafstrom & Winbald, 1997). È stato riscontrato che lo stress derivante dal lavoro di cura

sia direttamente associato a disagio psicosociale e adozione di stili di vita rischiosi per la salute (Vitaliano, Zhang & Scanlan, 2003), con effetti importanti sulla salute fisica e il funzionamento sia psicologico sia cognitivo del *caregiver*. Sembrerebbe infatti che il *caregiver burden* sia correlato ad un rischio maggiore di mortalità (Lucidi & Grano, 2015). Il *caregiver* informale è esposto a continue richieste dal lavoro di cura e ciò ne compromette il benessere psicologico, con livelli più bassi di benessere soggettivo e *self-efficacy* rispetto ai coetanei non *caregiver* (Pinquart & Sörensen, 2003). Nel prossimo paragrafo verrà approfondito l'impatto del *caregiving* sul funzionamento psicologico del *caregiver* informale, con particolare riferimento alla solitudine.

1.2 Funzionamento psicologico nei caregiver di malati con demenza

Il lavoro di cura di persone con demenza ha un impatto molto forte sul benessere psicologico dei *caregivers* informali. In un recente studio di Peavy e collaboratori (2022) è stato riscontrato come adulti-anziani *caregivers* di persone con demenza siano particolarmente vulnerabili all'influenza negativa dello stress cronico derivante dal lavoro di cura e sperimentino maggior stress, maggiori sintomi depressivi e maggiore solitudine a parità di età, scolarità e funzionamento cognitivo rispetto ai coetanei non *caregivers*. La solitudine è un frequente mediatore dello stress percepito dal *caregiver*, che frequentemente sperimenta un ridotto coinvolgimento sociale con il *care recipient* e un accesso ridotto alle relazioni al di fuori del lavoro di cura, a causa del tempo trascorso nell'attività di assistenza (Peavy e coll., 2022). La solitudine rappresenta, quindi, un aspetto molto importante che va a minare il benessere psicologico e la qualità della vita del *caregiver* informale. La solitudine è uno stato soggettivo negativo legato ad una discrepanza tra le relazioni che si desidera avere e quelle che si percepisce di avere realmente (Cacioppo & Cacioppo 2014). La solitudine è dannosa per il benessere sia psicologico sia fisico, esponendo la persona ad un rischio di morte precoce simile a quello di altri fattori di rischio come il tabagismo e l'obesità (De Leo, 2018). È stato rilevato che esiste una forte correlazione tra solitudine, depressione e qualità della vita nei *caregivers* informali di persone affette da demenza, con un ruolo fondamentale della solitudine come predittore di depressione (Beeson, 2003). La solitudine risulta essere quindi un mediatore molto forte tra l'essere *caregiver* e il livello di stress percepito (Peavy e coll., 2022). In

conclusione, il ruolo di *caregiver* di persone con demenza porta ad un contatto sociale ridotto a causa della grande mole di tempo dedicata al lavoro di cura e porta ad esperire livelli più elevati di solitudine.

È importante sottolineare che non tutti i *caregivers* informali affrontano allo stesso modo gli stress e le sfide derivanti dall'assistenza. Infatti, il *burden* è influenzato da fattori che possono essere derivanti dai disturbi e dai sintomi del *care recipient* (il malato di cui si prende cura il caregiver), da caratteristiche socio-demografiche (come l'età, il grado di parentela, il livello di scolarità, l'etnia e la cultura di riferimento) e dal funzionamento psicologico del *caregiver* (personalità, benessere percepito, depressione, ansia, solitudine, strategie di *coping*).

1.3 Fattori di rischio e protezione legati al lavoro di cura

Come evidenziato nei precedenti paragrafi, l'esperienza del caregiving espone gli individui a stress elevati e costanti che vanno a influenzare il loro funzionamento e benessere psicologici. Il lavoro di cura impatta in modo diverso ogni *caregiver*, ma vi sono dei fattori che possono andare ad aumentare il *burden* percepito dal *caregiver* e quindi costituire un rischio per la salute psicofisica, oppure possono proteggere e aiutare il *caregiver* ad esperire il lavoro di cura in maniera positiva (De Beni & Borella, 2015).

I fattori che possono influenzare il *caregiving* possono appartenere al *care recipient* e quindi dipendere della frequenza e dalla gravità dei disturbi presentati dal malato. Ad esempio, i disturbi del comportamento, il deterioramento progressivo e l'incapacità da parte del *care recipient* di manifestare la propria riconoscenza riducono la possibilità di esperire sentimenti positivi durante il lavoro di cura da parte del *caregiver*.

Altri fattori che vanno ad influenzare negativamente o positivamente il lavoro di cura sono le variabili socio-demografiche, ad esempio i coniugi *caregivers* sembrano essere più a rischio di esperire emozioni negative rispetto ai figli *caregivers* (Pinquart & Sörensen, 2003), le donne *caregivers* sono più a rischio di *burnout* (Almberg, Grafstrom & Winbald, 1997) e riportano di aver avuto maggiori problemi di salute a causa del loro ruolo (Papastavrou e coll., 2007). In generale, si rileva che l'età sia un moderatore degli effetti sulla salute, poiché *caregivers* più anziani hanno più problemi di salute ed esperiscono minor auto-efficacia nella gestione del malato (Lucidi & Grano, 2015).

In letteratura ci sono studi poi che hanno mostrato come alcuni tratti della personalità dei *caregiver* informali, in particolare estroversione e nevroticismo, siano legati alla percezione soggettiva del benessere. In particolare, è stato rilevato che *caregivers* con alto nevroticismo sperimentano alti livelli di stress percepito e sono più sensibili ai “cambiamenti giornalieri” legati alle richieste di cura rispetto a *caregivers* con basso nevroticismo. Inoltre, *caregivers* con alti livelli di estroversione sperimentano un maggior benessere e maggiore flessibilità nell’adattarsi alle richieste del lavoro di cura rispetto ai *caregivers* con livelli più bassi di estroversione. (Koerner, Kenyon, 2007).

Un fattore di grande importanza è costituito dal sostegno sociale, ossia la possibilità da parte di un individuo di accedere alle risorse attraverso la comunità degli individui che ne fanno parte (Lucidi & Grano, 2015). Il supporto sociale è fondamentale per i *caregivers* di persone malate di demenza poiché costituisce un fattore di protezione dallo stress e agisce direttamente sul benessere psicofisico. Un supporto sociale, sia esso informale o formale, permette al *caregiver* di avere maggiori conoscenze riguardo al modo di affrontare efficacemente le sfide del lavoro di cura e riduce la probabilità di trovarsi impreparato di fronte a situazioni difficili da gestire e che provocano più stress. La qualità percepita soggettivamente del supporto sociale – supporto sociale percepito – va ad influenzare la qualità della vita, in particolare, è un predittore della diminuzione dei livelli di depressione e costituisce una risorsa importante per fronteggiare gli stressor derivanti dal lavoro di cura e aumenta il livello di benessere percepito (Lucidi & Grano, 2015). Secondo la Teoria della Selettività Socioemotiva (Carstensen e coll., 1999) è stato dimostrato che gli anziani regolano le proprie interazioni sociali per raggiungere soddisfazione emotiva, dando maggior valore alla qualità della relazione sociale piuttosto che alla sua frequenza o quantità. Inoltre, è stato rilevato dai dati Istat del 2021 che gli individui che possiedono relazioni di qualità e che percepiscono un maggiore sostegno sociale sono maggiormente protetti dal rischio di morte per suicidio o per problemi di salute legati a disturbi cardiocircolatori, portando così ad un miglioramento della salute fisica, della qualità della vita e della percezione di benessere (Chappell & Reid, 2002).

Un altro fattore che influisce sul benessere dei *caregivers* informali è la percezione di auto-efficacia. Come dimostrano gli studi di Gonyea e colleghi (2005) percepirsi maggiormente efficaci e in grado di gestire il lavoro di cura risulta essere fortemente correlato con l’esperienza del *burden* e la depressione a prescindere dalla gravità del *care*

recipient o dall'età cronologica del *caregiver*; significa che un'elevata auto-efficacia si correla a minori sintomi depressivi e che promuovere l'auto-efficace aiuta a ridurre il *burden*.

Un'altra risorsa molto importante legata alle caratteristiche del *caregiver* è la resilienza, ovvero la capacità di utilizzare risorse sia interne (i.e. strategie di *coping*), sia esterne (i.e. supporto sociale) per superare e resistere allo stress e alle sfide della vita (Zouh e coll., 2021). È stato studiato che *caregivers* di persone con demenza resilienti e i corrispettivi *care recipients* possiedono una migliore salute sia mentale sia fisica nonostante gli stressor acuti e prolungati nel tempo (Zouh e coll., 2021). La resilienza viene anche identificata come una tendenza ad utilizzare in maniera efficace le proprie risorse in maniera flessibile per operare un *problem solving* attivo nonostante le circostanze stressanti (Zouh e coll., 2021). Uno studio condotto da Gaugler, Kane e Newcomer (2007) ha evidenziato che *caregivers* di persone con demenza che mostravano alti livelli di resilienza erano maggiormente capaci a gestire e adattarsi alle continue richieste di cura e possedevano maggiore fiducia nelle proprie competenze per la gestione del malato. (Lucidi & Grano, 2015). Inoltre, questo studio evidenzia anche una maggior capacità di trovare aspetti positivi e piacevoli nell'esperienza di cura portava anche ad un ritardo nell'istituzionalizzazione del malato. La resilienza costituisce una risorsa che l'individuo sviluppa nel corso della propria vita; in particolare nel caso dei *caregiver* informali di malati di demenza si possono rilevare alti livelli di resilienza nella gestione della salute e dell'aspetto finanziario (Zouh e coll., 2021).

1.1 Invecchiamento soggettivo e *caregiving*: quali possibili relazioni?

L'invecchiamento della popolazione ha portato ad indagare questo complesso fenomeno da diversi punti di vista. In particolare, si è posta molta attenzione sull'esperienza soggettiva che l'individuo fa dell'avanzare della propria età.

La percezione soggettiva del proprio invecchiamento – *self-perception of ageing* (SPA) – si riferisce alla valutazione generale che una persona possiede sul proprio processo di invecchiamento e riflette l'internalizzazione di attitudini socialmente riconosciute sull'invecchiamento (Tully-Wilson e coll., 2021). La percezione soggettiva del proprio invecchiamento è importante perché sentirsi più giovani è associato con una migliore

salute fisica e longevità (Debrezzeni e coll., 2020) e al contrario, individui con una percezione soggettiva negativa del proprio invecchiamento vedranno il diventare anziani come legato ad un declino psicologico derivante dallo stereotipo socialmente connesso ad una visione negativa dell'invecchiamento (Debrezzeni e coll., 2020). Molti studi confermano l'esistenza di una correlazione fra una percezione soggettiva positiva dell'invecchiamento e benefici a livello di salute psicologica (Tully-Wilson e coll., 2021) e in particolare è stato dimostrato che tale percezione contribuisce a condizioni di salute più favorevoli e un migliore funzionamento psicologico e cognitivo a parità di età cronologica, status sociodemografico e variabili legati alla salute fisica (Stephan e coll., 2014). Infatti, una percezione positiva del proprio invecchiamento è associata a un migliore funzionamento psicologico, in particolare minori livelli di solitudine e maggior benessere percepito (Weiss & Lang, 2012). Numerosi studi evidenziano che il concetto di invecchiamento soggettivo ha acquisito una notevole importanza come predittore sulla salute delle persone (Wurm e coll. 2007) e che una visione più positiva del proprio invecchiamento è legata ad una maggiore salute psicologica e fisica (Tully-Wilson e coll. 2021).

Un costrutto con cui si analizza la percezione soggettiva dell'invecchiamento è l'Età Soggettiva – *felt age* – che si misura chiedendo alle persone quanti anni sentono di avere, e fa riferimento a quanto efficacemente una persona riesce ad utilizzare le proprie abilità cognitive, personali e sociali per sperimentare e adattarsi a nuove attività ed esperienze, ed essere resiliente di fronte a situazioni nuove o inusuali (Borella & De Beni, 2015). Una persona può percepire di avere un'età soggettiva maggiore di quella cronologica (e quindi sentirsi “più anziana”), oppure un'età soggettiva minore di quella cronologica (e quindi sentirsi “più giovane”). Nella meta-analisi di Debrezzeni (2021), una minore Età Soggettiva è associata a maggior benessere soggettivo, a miglior funzionamento cognitivo e minori sintomi depressivi; in altre parole, percepirsi più giovani porta a maggior benessere e ad un miglior funzionamento psicologico e cognitivo. Inoltre, è stato dimostrato che la solitudine si associa negativamente con i legami sociali stretti e che l'età soggettiva mediava questa associazione: percepire di avere un'età soggettiva maggiore rispetto a quella cronologica – sentirsi “più anziani” – indeboliva l'associazione tra solitudine e legami sociali stretti, portando i ricercatori a concludere che sentirsi “più

giovani” porta l’individuo a godere maggiormente dei benefici delle relazione sociale e a percepire meno la solitudine (Spitzer, Segel-Karpas & Palgi, 2019).

Un ulteriore costrutto altrettanto importante è la Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all’Invecchiamento (CCCI) – *Awareness of Age-Related Changes*, AARC – cioè la percezione soggettiva dei cambiamenti in termini di funzionamento fisico e psicologico come risultato dell’avanzare dell’età (Diehl & Wahl, 2010). Questo costrutto è legato alla percezione dei guadagni e delle perdite connesse al processo di invecchiamento. In particolare, si misurano i guadagni e le perdite in diversi ambiti di funzionamento nell’età anziana: sia la prospettiva orientata alle perdite legate all’invecchiamento – ad esempio il declino psico-fisico – sia la prospettiva orientata ai guadagni dell’invecchiamento – ad esempio lo sviluppo continuo – sono predittori di salute fisica (Wurm e coll. 2007). Una prospettiva orientata alle perdite nel proprio invecchiamento può trasformarsi in una profezia auto-avverante che attraverso una regolazione poco efficace delle strategie di sviluppo può comportare minor salute e minor soddisfazione della propria vita (Wurm e coll. 2013). L’invecchiamento si caratterizza quindi come un processo di continuo riequilibrio tra nuovi guadagni e perdite, così come accade in altri periodi della vita (De Beni & Borella, 2015).

Dalla letteratura emergono delle considerazioni interessanti sull’influenza che l’invecchiamento soggettivo può avere sul funzionamento psicologico di una persona. Tuttavia, questa relazione è stata poco indagata nell’ambito del *caregiving* informale di persone con demenza nonostante l’utilità di questo tipo di ricerche. Infatti, esplorare se l’invecchiamento soggettivo abbia un ruolo sul funzionamento psicologico dei *caregiver* informali di persone con demenza risulta essere importante per aiutare loro ad affrontare le sfide e i problemi legati al lavoro di cura e anche ridurre o alleviare lo stress che può sfociare nel *caregiver burden*. È importante capire se vi siano fattori psicologici che possono aumentare *burden* e fattori che lo possono ridurre, in modo tale da sviluppare interventi e promuovere informazioni utili per aiutare i *caregiver*.

Nel capitolo successivo si presenterà una ricerca che ha avuto proprio lo scopo principale di approfondire la relazione tra l’invecchiamento soggettivo e il funzionamento psicologico in un campione di *caregivers* informali di persone con demenza.

CAPITOLO 2

La relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e fattori psicologici in *caregivers* informali di persone affette da demenza

2.1 Obiettivi

Il presente elaborato fa riferimento a un progetto di ricerca più ampio, volto a indagare la relazione tra l'atteggiamento verso il proprio invecchiamento, alcune caratteristiche personali (es. personalità), il funzionamento psicologico (es. solitudine, resilienza, tono dell'umore e qualità della vita) e cognitivo (es. memoria, attenzione, ragionamento e abilità cristallizzate) in *caregivers* informali di persone con demenza e non *caregivers*.

Lo studio presentato di seguito ha avuto in particolare l'obiettivo di analizzare la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento (misurata attraverso l'Età Soggettiva e i costrutti legati alla Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento) e il funzionamento psicologico (in termini di solitudine, resilienza e *burden* legato al lavoro di cura) in *caregivers* informali di persone con demenza.

In linea con la letteratura, ci si aspettavano associazioni tra solitudine e resilienza con il *burden* legato al lavoro di cura. In particolare, ci si aspettava che una maggior resilienza fosse associata a minor *caregiver burden*, in quanto la resilienza permette di essere flessibili di fronte a circostanze stressanti e di adattarsi alle continue richieste del lavoro di cura per *caregivers* informali di malati di demenza (Gaugler, Kane e Newcomer, 2007). Inoltre, ci si aspettava che una minor solitudine, e quindi una maggiore percezione di qualità delle proprie relazioni sociali, fosse associata a minor *burden*, in quanto poter contare su una buona rete di relazioni costituisce una risorsa per fronteggiare gli stressor del lavoro di cura e aumentare la percezione soggettiva del proprio benessere (Lucidi & Grano, 2015).

È stato poi esplorato se ci fossero associazioni tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e funzionamento psicologico anche nella figura del *caregiver* informale di persone con demenza. In linea con la letteratura (Debreczeni, 2021; Weiss

& Lang, 2012), ci si poteva aspettare che percepirsi “più giovani” della propria età fosse associato ad un miglior funzionamento psicologico del *caregiver*, in termini di minor *burden* e percezione di solitudine e maggior resilienza. Inoltre, ci si poteva aspettare che una visione più orientata ai guadagni del proprio invecchiamento fosse legata ad una maggiore salute psicologica (Tully-Wilson e coll. 2021) e, viceversa, una maggior consapevolezza delle perdite legate all’invecchiamento fosse associata ad un peggior funzionamento psicologico anche nei *caregivers*.

2.2 Metodo

2.2.1 Partecipanti

Sono stati coinvolti nello studio 28 adulti-anziani di età uguale o superiore a 50 anni. Tutti i partecipanti erano familiari di persone con demenza (*caregivers* informali). Il reclutamento è stato reso possibile grazie alla collaborazione dell’Associazione Alzheimer Verona, che opera con Centri Sollievo e corsi di formazione su tutto il territorio veronese e della provincia.

L’inclusione dei partecipanti ha previsto i seguenti criteri: i) essere adulti-anziani con un’età maggiore o uguale ai 50 anni, ii) essere caregiver informali conviventi di una persona con demenza, e/o dedicare la maggior parte della giornata all’assistenza del proprio familiare in maniera continuativa durante la settimana. Sono stati esclusi dallo studio i partecipanti che presentavano: a) un punteggio al *MOntreal Cognitive Assessment blind* (Wittich e coll., 2010) inferiore a 17, per escludere segni di deterioramento cognitivo; b) un punteggio alla Geriatric Depression Scale (GDS, adattata da Yasavage, 1987) >5, per escludere sintomatologia depressiva.

Il campione preso in considerazione era composto da un totale di 19 partecipanti femmine, di cui 13 figlie e 6 mogli, e 9 partecipanti maschi, di cui 3 figli e 6 mariti. Solo 5 *caregivers* hanno riportato di non usufruire di nessun aiuto, mentre 23 persone potevano contare su un aiuto proveniente da badanti e familiari (n = 13) oppure solo familiari (n = 6). Per quanto riguarda i servizi, 18 persone hanno riportato di usufruire di Centri Sollievo, 1 persona di un Centro Diurno e invece 9 persone non usufruivano di nessun servizio.

Le statistiche descrittive per le caratteristiche socio-demografiche e i test di screening del campione sono riportate in Tabella 2.1.

Tabella 2.1. *Statistiche descrittive per le caratteristiche socio-demografiche e i test di screening del campione (N=28).*

	<i>M</i>	<i>DS</i>
Età	67.21	12.40
Scolarità	11.07	3.75
MOCA-Blind	19.04	1.37
GDS	2.82	1.74

Note. MOCA-Blind: *M*Ontreal Cognitive Assessment blind; GDS: *G*eriatric Depression Scale

2.2.2 Materiali¹

Informazioni sui sintomi del *care-recipient* e sul ruolo del caregiver, e *burden* del caregiver

Questionario ad hoc sul ruolo di caregiver. Il questionario mira a raccogliere informazioni utili per avere un quadro più completo sulla sua situazione e sul ruolo del *caregiver* informale. Le domande sono 8 e indagano: 1) il grado di parentela con la persona affetta da demenza; 2) la forma di demenza diagnosticata; 3) la data dell'ultima visita neurologica e il punteggio al test MMSE; 4) l'anno della diagnosi; 5) l'anno d'inizio del lavoro di cura; 6) la presenza/assenza di un aiuto nella gestione dell'ammalato; 7) il numero di ore giornaliere di assistenza; 8) l'eventuale partecipazione a centri diurni o di sollievo.

**Caregiver Burden Inventory (CBI)* (Novak & Guest, 1989). Il questionario vuole esplorare il livello di *burden* sperimentato dal *caregiver* informale legato al lavoro di cura della persona con demenza. Il questionario multi dimensionale è composto da 5 sotto-scale: i) *burden* temporale, ossia il tempo dedicato all'assistenza del malato; ii) *burden* evolutivo, ossia la percezione del *caregiver* di sentirsi escluso dalla possibilità di esperire la vita come i suoi pari, sentendosi quindi "fuori fase"; iii) *burden* fisico, ossia le sensazioni fisiche legate al lavoro di cura; iv) *burden* sociale, relativo a sentimenti conflittuali vissuti dal caregiver nel

¹ I materiali esaminati nel presente elaborato sono segnalati da un asterisco.

contesto della famiglia e del lavoro; v) *burden* emotivo, ossia i sentimenti negativi esperiti dal *caregiver* informale nei confronti del familiare assistito. Il partecipante valuta ciascun item su una scala Likert a 5 punti (da 0 = “Per Nulla” a 4 = “Molto”). Si considera la somma dei punteggi degli item, sia sul totale, sia per ognuna delle sotto-scale. A punteggi maggiori corrisponde maggior *burden*.

Neuropsychiatric Inventory (NPI; Cummings e coll., 1994). In tale questionario vengono indagati 12 dei sintomi psichiatrici e comportamentali più comuni nella demenza (deliri, allucinazioni, agitazione o aggressività, depressione, ansia, euforia o esaltazione, apatia, disinibizione, irritabilità, comportamento motorio aberrante, disturbi del sonno e disturbi dell'appetito e dell'alimentazione). Il partecipante riporta la presenza o assenza di tali sintomi (Sì/NO), la frequenza (da 0 = “Mai” a 4 = “Frequentemente, quasi tutti i giorni”) e la gravità (da 0 = “nessuno stress” a 5 = “stress severo”). Per il punteggio finale si considera: a) la somma dei prodotti tra Frequenza e Gravità di ciascun sintomo; b) la somma dei punteggi di distress per ciascun sintomo. A punteggi più alti corrisponde a sintomatologia più frequente, più grave e che genera maggior distress nel *caregiver*.

Invecchiamento soggettivo

**Età Soggettiva*. Per indagare la percezione soggettiva della propria età è stata formulata la domanda: “Quanti anni si sente su una scala da 0 a 120 anni?”. La variabile dipendente è la differenza tra l'età percepita e l'età cronologica. Punteggi negativi si associano alla percezione di essere “più giovani” rispetto all'età anagrafica, mentre punteggi positivi corrispondono a sentirsi “più vecchi” rispetto all'età anagrafica.

**Questionario sulla Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento (CCCI-50, adattato da Diehl & Brothers, 2017)*. Il questionario è composto da 50 item che riguardano la percezione della persona rispetto ai cambiamenti legati alla propria età, ed in particolare i benefici e le perdite legate al processo di invecchiamento. Il questionario consta di 2 scale primarie, CCCI-Benefici e CCCI-Danni, ciascuna suddivisa da 5 sotto-scale, di 5 item ciascuna: 1) Salute e funzionamento fisico; 2) Funzionamento cognitivo; 3) Relazioni interpersonali; 4) Funzionamento social-emotivo e social-cognitivo; 5) Stile di vita e coinvolgimento. Ciascun item veniva valutato dal partecipante

su una scala Likert a 5 punti, da 0 = “Per Nulla” e 5 = “Molto”. Le variabili dipendenti (le due scale primarie CCCI-Benefici e CCCI-Danni e le relative sotto-scale) sono date dalla somma dei punteggi a ciascun item che compone le relative sotto-scale e scale del questionario. Punteggi più elevati nella scala CCCI-Benefici (e nelle sue sotto-scale) corrispondono a maggiori livelli di consapevolezza legati a cambiamenti positivi in termini di guadagni durante l’invecchiamento. Viceversa, punteggi più elevati nella scala CCCI-Danni (e nelle sue sotto-scale) corrispondono a maggiori livelli di consapevolezza legati a cambiamenti negativi in termini di perdite durante l’invecchiamento.

Funzionamento emotivo e psicologico

**Questionario sulla Solitudine Sociale ed Emotiva* (Capotosto e coll., 2017). Il questionario, nella sua versione italiana, mira ad indagare la solitudine sociale (3 item) ed emotiva (3 item) per un totale di 6 item valutati dal partecipante su scala Likert a 5 punti, da 1 = “Assolutamente vero” a 5 = “Assolutamente no”. Un punteggio maggiore corrisponde ad una maggior percezione di solitudine sociale ed emotiva.

**Scala di Resilienza di Connor e Davidson-10 (CD-RISC-10, Campbell-Sills & Stein, 2007)*. Il questionario mira ad indagare il costrutto della resilienza, ossia la capacità di fronteggiare nella vita situazioni avverse o stressanti senza lasciarsi sopraffare da esse. La scala si compone di un totale di 10 item, ciascuno valutato dal partecipante su scala Likert a 5 punti, da 1 = “Per niente vero” a 5 = “Quasi sempre vero”. Un punteggio maggiore corrisponde a una maggiore resilienza.

Funzionamento cognitivo e riserva cognitiva

Weschler Adult Intelligence Scale-R – subtest prova di Vocabolario (Wechsler, 1981; Orsini & Laicardi, 2003). La prova consiste nel proporre al partecipante una lista di 35 vocaboli e chiedere di riferire il significato o un sinonimo del vocabolo. Ad ogni risposta viene assegnato un punteggio tra 0, 1 e 2 a seconda della correttezza e della precisione della definizione; il punteggio totale si ottiene poi sommando i punteggi di ciascun vocabolo.

Listening Span Test (LST) (De Beni e coll., 2008). La prova è costituita da 20 frasi, 13 vere e 7 false, suddivise in 5 gruppi di frasi di numerosità crescente da 0 a 6 frasi. Lo scopo del partecipante è quello di giudicare alla fine di ogni frase se questa è vera oppure falsa; al

termine di ciascun gruppo di frasi, viene richiesto di riportare l'ultima parola di ciascuna frase nell'ordine di lettura. Le variabili dipendenti sono: 1) la somma delle parole correttamente riportate; 2) la somma degli errori di intrusione, ossia le parole riportate presenti nelle frasi ma non in ultima posizione.

Questionario di Riserva Cognitiva (QRC). Il questionario esplora in molteplici dimensioni una serie di indicatori di riserva cognitiva, tenendo in considerazione informazioni di tipo sociodemografico, relative allo stile di vita, al tempo libero, alla qualità delle relazioni e ad altri ambiti della quotidianità. Nella prima parte del questionario il partecipante fa riferimento al periodo attuale, mentre nella seconda parte fa riferimento al periodo giovanile. Le variabili considerate nel questionario sono: i) la scolarità; ii) l'occupazione; iii) la situazione finanziaria; iv) la rete familiare, v) la qualità delle relazioni, vi) i mezzi per mantenersi in contatto con la famiglia, vii) un punteggio globale di Riserva Cognitiva attuale, e delle sezioni che lo compongono ossia: la spiritualità, il tempo libero, il coinvolgimento sociale; v) un punteggio globale di Riserva Cognitiva da giovane, e delle sezioni che lo compongono ossia: la spiritualità, il tempo libero e il coinvolgimento sociale.

Qualità della vita

World Health Organization Quality of Life (WHOQOLBREF). Il questionario, nella sua versione italiana, vuole esplorare la percezione individuale della qualità di aspetti della propria vita e salute negli ultimi 15 giorni. Il questionario consta di 26 item, valutati dal partecipante su scala Likert da 1 = “Per niente” a 5 = “Molto”. Mentre i primi due item indagano in generale la percezione della qualità della propria vita e salute, le restanti domande sono suddivise in 4 sotto-scale: 1) salute fisica (7 item); 2) salute psicologica (6 item); 3) relazioni sociali (3 item); 4) condizioni ambientali (8 item). A punteggi maggiori corrispondono una miglior qualità della vita.

Aspetti della personalità

Questionario Big-Five 10 (BF-10; Guido e coll. 2015). Nella sua versione ridotta, il questionario è composto da 10 item, valutati dal partecipante su scala Likert da 1 = “Per niente” a 5 = “Completamente”, e mira a valutare la personalità lungo 5 dimensioni: Energia, Stabilità Emotiva, Coscienziosità, Amicalità e Apertura mentale. Per il punteggio finale viene fatta la somma delle risposte dei 2 item che indagano ciascuna dimensione di personalità. A punteggi maggiori corrispondono maggiori livelli per ciascun tratto.

2.2.3 Procedura

La sperimentazione è stata svolta da remoto con l'ausilio di chiamate o videochiamate ed era suddivisa in due sessioni individuali rispettivamente di 60 e 30 minuti a distanza di pochi giorni l'una dall'altra. Dopo aver fornito il proprio consenso informato di partecipazione della ricerca e aver ricevuto le informazioni riguardanti gli obiettivi della ricerca, ciascun partecipante veniva contattato telefonicamente per la prima parte dell'intervista, che consisteva in una chiamata/videochiamata della durata di circa 60 minuti. Durante questa prima intervista telefonica, lo sperimentatore proponeva, nell'ordine: questionario ad hoc sul *caregiver* e questionario conoscitivo, *MoCA-Blind*, Questionario sulla Solitudine Sociale ed Emotiva, BF-10, Scala di Resilienza, Prova di vocabolario, *Listening Span Test*, CCCI-50, WHOQOL-BREF e GDS. A distanza di non più di una settimana, i partecipanti venivano poi ricontattati con una seconda (video)chiamata di circa 30 minuti per ultimare l'intervista con dei questionari aggiuntivi, in particolare: Questionario di Riserva Cognitiva, *Neuropsychiatric Inventory* e *Caregiver Burden Inventory*.

2.3 Risultati

Per indagare la relazione tra invecchiamento soggettivo, funzionamento psicologico e *burden* del *caregiving*, sono state calcolate delle correlazioni di Pearson tra l'età soggettiva, le sotto-scale del questionario CCCI-50, la Solitudine Sociale ed Emotiva, il questionario di Resilienza e il CBI. In Tabella 2.2 sono riportate le statistiche descrittive per le variabili di interesse, mentre la Tabella 2.3 mostra la matrice di correlazione tra le variabili di interesse.

Tabella 2.2. *Statistiche descrittive delle variabili di interesse per il campione (N=28).*

	<i>M</i>	<i>DS</i>
Età soggettiva	-.19	.13
CCI-50 Benefici	81.61	16.69
CCCI-50 Danni	62.75	16.81
Solitudine Sociale	10.71	2.26
Solitudine Emotiva	10.93	2.09
Resilienza	35.93	5.26
Burden- Assistenza	15	4.37
Burden- Evolutivo	8.29	4.21
Burden- Fisico	4.36	3.74
Burden- Sociale	5.75	3.96
Burden- Emotivo	3.18	2.92

Dai risultati è emersa una correlazione negativa tra età soggettiva e Solitudine sociale ($r=-.37, p<.05$), per cui i partecipanti che hanno riportato di percepirsi più giovani della propria età hanno riportato di percepire meno solitudine sociale. È emersa, inoltre, una correlazione positiva tra CCCI-Benefici e Resilienza e ($r=.45, p<.05$), per cui i *caregivers* che hanno riportato una maggior consapevolezza di cambiamenti positivi correlati all'invecchiamento hanno riportato di percepirsi più resilienti. Sono emerse, inoltre, una correlazione significativa e negativa tra CCCI-Benefici e *Burden- Evolutivo* ($r=-.49, p<.01$), e una correlazione significativa e positiva tra CCCI-Danni e *Burden- Fisico* ($r=.49, p<.01$), per cui i partecipanti che hanno riportato una maggior consapevolezza di cambiamenti positivi correlati all'invecchiamento hanno riportato di esperire meno *Burden- Evolutivo*, ovvero hanno riportato una miglior percezione di poter vivere la propria vita come i propri pari, e coloro che hanno riportato una maggior percezione di danni correlati all'invecchiamento hanno riportato maggior *Burden- Fisico*, ovvero un maggior impatto del lavoro di cura sul proprio funzionamento fisico. È risultata anche una correlazione negativa tra *burden- Fisico* e Resilienza ($r=-.44, p<.05$), ovvero i partecipanti che hanno riportato di essere maggiormente resilienti e quindi in grado di gestire efficacemente le proprie risorse davanti alle difficoltà della vita hanno riportato una minore sofferenza fisica legata al lavoro di cura.

Sono emerse, infine, interessanti correlazioni tra solitudine, resilienza e alcune sotto-scale del CBI. In particolare, è emersa una correlazione negativa tra Solitudine sociale e *Burden- Emotivo* ($r=-.47, p<.05$), per cui i *caregivers* che hanno riportato di percepire una minor solitudine sociale, ovvero di poter contare su una rete di supporto, hanno riportato di esperire minor *burden* emotivo, ovvero minori sentimenti negativi/conflittuali nei confronti del proprio caro con demenza. Sono emerse, inoltre, correlazioni significative e negative tra Solitudine emotiva e *Burden- Evolutivo* ($r=-.50, p<.01$) e *Burden- Emotivo* ($r=-.53, p<.01$), per cui i *caregivers* che hanno riportato di sentirsi meno soli emotivamente hanno anche riportato una miglior percezione di poter vivere la propria vita come i propri pari e minori sentimenti negativi/conflittuali nei confronti del proprio caro con demenza. Infine, sono emerse correlazioni positive tra *Burden- Evolutivo* e *Burden- Fisico* ($r=.55, p<.01$) e *Sociale* ($r=.43, p<.05$), e una correlazione negativa tra *Burden- Assistenza* e *Burden- Sociale* ($r=-.53, p<.01$). I *caregivers* che hanno riportato di sentirsi più esclusi dalla possibilità di poter vivere la propria vita come i propri pari hanno riportato di esperire un maggior impatto del lavoro di cura sul proprio funzionamento fisico e maggiori conflittualità con la propria rete di relazioni familiari e lavorative, mentre i *caregivers* che hanno riportato di dedicarsi meno al lavoro di cura hanno riportato maggiori conflittualità con la propria rete di relazioni familiari e lavorative.

Tabella 2.2. *Matrice di correlazione tra le variabili di interesse.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Et� soggettiva	--									
2. CCI-50 Benefici	-.29	--								
3. CCCI-50 Danni	.20	-.07	--							
4. Solitudine Sociale	-.38*	-.24	-.33	--						
5. Solitudine Emotiva	.09	.11	-.27	.16	--					
6. Resilienza	-.17	.45*	-.24	-.32	.15	--				
7. Burden- Assistenza	-.07	-.07	.18	-.15	-.37	.03	--			
8. Burden- Evolutivo	.08	-.49**	.31	.10	-.50**	-.24	.10	--		
9. Burden- Fisico	.07	-.33	.49**	.30	-.21	-.44*	-.09	.55**	--	
10. Burden- Sociale	-.02	-.25	.23	-.00	.02	.04	-.53**	.43*	.33	--
11. Burden- Emotivo	.21	.29	.36	-.47*	-.53**	.12	.06	.23	.10	.20

Note. CCCI-50:

* $p < .05$; ** $p < .01$

2.4 Discussione e conclusione

Un aspetto che sta ricevendo notevole attenzione nell'ambito della psicologia dell'invecchiamento è la relazione tra la percezione soggettiva del proprio invecchiamento e il funzionamento psicologico, ma la letteratura scarseggia di studi che indagano questa associazione nei *caregiver* di persone con demenza. Il *caregiving* informale costituisce un vero e proprio capitale sociale per la presa in carico e la cura delle persone con demenza, ed è importante indagare come la percezione che il *caregiver* possiede del proprio invecchiamento vada ad impattare sul suo funzionamento psicologico, e se ci siano fattori che possono essere considerati protettivi per il benessere psicologico e per una gestione efficace delle difficoltà derivanti dal lavoro di cura.

Con lo studio presente si è voluta indagare l'associazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e funzionamento psicologico in *caregiver* informali di persone con demenza. A sostegno dei dati CENSIS (2007) che evidenziano una maggioranza di *caregivers* donne e in particolare figlie di genitori con demenza, si può constatare che la maggior parte delle persone intervistate erano donne (n = 19) di cui 13 figlie di madre o padre con demenza.

Dai risultati è emerso che la percezione soggettiva del proprio invecchiamento, indagata tramite i costrutti di Età Soggettiva e Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento, risulta essere associato con alcune variabili di interesse. In linea con studi presenti in letteratura e le nostre aspettative, è stata rilevata una correlazione negativa tra età soggettiva e solitudine, mettendo in luce come sentirsi "più giovani" porta il *caregiver* a godere maggiormente dei benefici delle relazioni sociali e a sentirsi anche meno soli (Spitzer, Segel-Karpas & Palgi, 2019). A giocare un ruolo importante su questo risultato potrebbe l'aiuto fornito per la gestione del malato: infatti si è potuto constatare che su 28 partecipanti, 18 di questi usufruiva di centri sollievo e 23 possedeva di un aiuto da parte di un badante e/o un familiare.

Risultati interessanti emergono anche per quanto riguarda la percezione di guadagni e perdite legati al proprio invecchiamento: *caregivers* informali che riportano di avere una maggior consapevolezza dei guadagni derivanti dal proprio invecchiamento hanno riportato di percepirsi più resilienti, a sostegno della letteratura che vede la resilienza come la capacità di gestire efficacemente le proprie risorse costruite dalla persona nel

tempo (Zouh e coll., 2021). Inoltre, una maggiore consapevolezza dei benefici derivanti dall'invecchiamento è risultata associata ad una minor percezione di *burden*- Evolutivo, ossia una miglior percezione di poter vivere la propria vita come i pari. Questi risultati suggeriscono che saper riconoscere i benefici apportati dall'invecchiamento pone il *caregiver* in una condizione di maggiore fiducia nelle proprie competenze, che si traduce con una maggiore capacità di gestione del proprio ruolo.

Dai risultati è poi emerso che una consapevolezza maggiore delle perdite dovute all'invecchiamento sia associata ad una maggior percezione di *burden*- Fisico, ossia sentirsi deboli e stanchi a causa del lavoro di cura. Il *caregiving* di per sé costituisce una fonte di stress che va ad impattare sulla salute sia psicologica sia fisica del *caregiver*, associandosi sia al disagio psicosociale sia all'adozione di stili di vita rischiosi per la salute (Vitaliano, Zhang e Scanlan, 2003). La percezione soggettiva del proprio invecchiamento è un forte predittore della salute delle persone (Wurm e coll., 2007) e questo sembra essere vero anche nel *caregiver* informale di persone con demenza: una percezione negativa del proprio invecchiamento, in cui si dà maggior peso ai danni che ai guadagni, può essere un fattore negativo per la salute fisica e per il *burden* dovuto al lavoro di cura che il *caregiver* esperisce a livello fisico.

Dai risultati emergono inoltre correlazioni tra solitudine, resilienza e *burden* che, in linea con la letteratura, mostrano come questi siano fattori di rischio e protezione per il *caregiver*. Una minor percezione di Solitudine sociale è emersa essere associata ad un minor *burden*- Emotivo, e una minor percezione di Solitudine emotiva ad un minor *burden*- Emotivo ed Evolutivo. In linea con la letteratura, questi risultati confermano come la solitudine costituisca un importante fattore di rischio per il benessere e la salute dei *caregivers* informali (Peavy, 2022). Percepire positivamente le proprie relazioni sociali, sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, sembra infatti permettere al *caregiver* di gestire meglio la relazione con il *care recipient* e, in particolare, il percepire di poter contare su delle relazioni significative sembra permettere al *caregiver* di poter gestire la propria vita come i pari.

Inoltre, è emersa un'interessante correlazione tra *burden*- Fisico e resilienza: una maggior resilienza riportata dai partecipanti è associata ad un minor impatto percepito del lavoro di cura sulla propria salute fisica. Questa associazione risulta essere in linea con la letteratura, e conferma il fatto che *caregivers* informali più resilienti riportano una

maggior salute, fisica e mentale, perché sono presumibilmente in maggior misura in grado di utilizzare le proprie risorse per gestire in maniera efficace la propria salute, nonostante la presenza di stressor acuti e prolungati nel tempo legati al lavoro di cura (Zouh e coll., 2021).

Nonostante i risultati interessanti, bisogna ricordare che lo studio presentato fa parte di un progetto di ricerca più ampio che esplora più approfonditamente le tematiche trattate nel presente elaborato. Inoltre, vi è da considerare che il campione preso in considerazione nel presente studio è ridotto ($n = 28$) e si tratta di un campione molto eterogeneo per caratteristiche legate sia al ruolo di *caregivers*, sia per fattori socio-demografici. Sarà importante approfondire la relazione tra invecchiamento soggettivo e funzionamento psicologico nel caregiver considerando anche altre variabili che possono chiarire le relazioni emerse.

In conclusione, nel presente elaborato emerge come la percezione soggettiva dell'invecchiamento abbia un ruolo sul funzionamento psicologico dei *caregivers* informali: percepirsi più giovani è associato a minor solitudine sociale, una maggior consapevolezza dei guadagni legati all'invecchiamento è associata a maggior resilienza e percezione di poter vivere la propria vita, nonostante il lavoro di cura, come i propri pari mentre, una maggior consapevolezza delle perdite legate all'invecchiamento e una minor resilienza comporta maggior percezione di ripercussioni a livello di salute fisica del lavoro di cura. Inoltre, si conferma come resilienza e supporto sociale siano fattori protettivi per il caregiver. Dai risultati emersi, risulta importante che si lavori non solo sullo sviluppo di una rete sociale efficace di sostegno al *caregiver* e sulla sua capacità di essere flessibile alle difficoltà legate al proprio ruolo, ma risulta anche essenziale che si lavori sulla percezione che il *caregiver* ha del proprio invecchiamento. Per sostenere nella maniera più efficace il *caregiver* nel proprio ruolo e nel lavoro di cura quotidiano, bisogna che accresca la consapevolezza del proprio invecchiamento e dei benefici che questo porta con sé, per fare in modo che aumenti il benessere percepito e sia maggiormente in grado di prendersi cura di sé e del *care recipient*.

Bibliografia²

- *Almberg, B., Grafström, M., & Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person—burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of advanced nursing*, 25(1), 109-116.
- Alonso Debreczeni, F., & Bailey, P. E. (2020). A Systematic Review and Meta-Analysis of Subjective Age and the Association With Cognition, Subjective Well-Being, and Depression. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(3), 471–482.
- *American Psychiatric Association, & Biondi, M. (2014). DSM-5. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Cortina Raffaello.
- *Beeson, R. A. (2003). Loneliness and depression in spousal caregivers of those with Alzheimer's disease versus non-caregiving spouses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(3), 135–143.
- *Borella, E., Carbone, E., De Beni, R., Piras, F., Piras, F., & Pacher, D. (2015). Psicopatologia, demenza e interventi non farmacologici. In R. de Beni & E. Borella (Eds.), *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità* (2nd ed., pp.363–388). il Mulino.
- *Cacioppo, J. T., Cacioppo, S. (2010). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass*, 8(2), 58-72.
- *Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181.
- *Chappell L., Reid., C. R. (2002). Burden and well-being among caregivers: examining

² Le opere non consultate integralmente sono contrassegnate da un asterisco.

the distinction. *The Gerontologist* 42(6), 772-780.

*Diehl, M., & Wahl, H. W. (2010). Awareness of age-related change: Examination of a (mostly) unexplored concept. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 65, 340–350.

*Gaugler, J. E., Kane, R. L., Newcomer, R. (2007) Resilience and transitions from dementia caregiving. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 62(1), P38-P44.

*Gonyea, J. G., O'Connor, M., Carruth, A., & Boyle, P. A. (2005). Subjective appraisal of Alzheimer's disease caregiving: The role of self-efficacy and depressive symptoms in the experience of burden. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias®*, 20(5), 273-280.

*Koerner, S. S., & Kenyon, D. B. (2007). Understanding “good days” and “bad days”: Emotional and physical reactivity among caregivers for elder relatives. *Family Relations*, 56(1), 1-11.

Lucidi, F., & Grano, C. (2015). Il “caregiving” nell’ invecchiamento e nella malattia di Alzheimer. In R. de Beni & E. Borella (Eds.), *Psicologia dell’ invecchiamento e della longevità* (2nd ed., pp. 389–412). il Mulino.

*Papastavrou, E., Kalokerinou, A., Papacostas, S. S., Tsangari, H., & Sourtzi, P. (2007). Caring for a relative with dementia: family caregiver burden. *Journal of advanced nursing*, 58(5), 446-457.

Peavy, G., Mayo, A. M., Avalos, C., Rodriguez, A., Shifflett, B., & Edland, S. D. (2022). Perceived Stress in Older Dementia Caregivers: Mediation by Loneliness and Depression. *American Journal of Alzheimer’s Disease & Other Dementias®*, 37, 153331752110647.

*Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003a). Associations of Stressors and Uplifts of

Caregiving With Caregiver Burden and Depressive Mood: A Meta-Analysis.
The Journals of Gerontology: Series B, 58(2), P112–P128.

- *Pinquart, M., & Sörensen, S. (2003b). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 18(2), 250–267.
- *Spitzer, N., Segel-Karpas, D., & Palgi, Y. (2019). Close social relationships and loneliness: the role of subjective age. *International Psychogeriatrics*, 1–5.
- *Stephan, Y., Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2014). Subjective Age and Personality Development: A 10-Year Study. *Journal of Personality*, 83(2), 142–154.
- Tully-Wilson, C., Bojack, R., Milllear, P. M., Stallman, H. M., Allen, A., & Mason, J. (2021). Self-perceptions of aging: A systematic review of longitudinal studies. *Psychology and Aging*, 36(7), 773–789.
- *Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is Caregiving Hazardous to One's Physical Health? A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946–972.
- *Weiss, D., & Lang, F. R. (2012). “They” are old but “I” feel younger: Age-group dissociation as a self-protective strategy in old age. *Psychology and Aging*,
- *Wurm, S., Tesch-Römer, C., & Tomasik, M. J. (2007). Longitudinal findings on aging-related cognitions, control beliefs, and health in later life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 62B, 156–164.
- *Wurm, S., Warner, L. M., Ziegelmann, J. P., Wolff, J. K., & Schuz, B. (2013). How do negative self-perceptions of aging become a self-fulfilling prophecy? *Psychology and Aging*, 28 (4), 1088–1097.

Zhou, Y., Ishado, E., O'Hara, A., Borson, S., Sadak, T. (2021). Developing a unifying model of resilience in dementia caregiving: A scoping review and content analysis. *Journal of Applied Gerontology*, 40(10), 1377-1388.