



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Psicologia Generale

Corso di Laurea Triennale in Scienze Psicologiche
Cognitive e Psicobiologiche

Tesi di laurea Triennale

La relazione tra le opinioni soggettive sull'invecchiamento e la resilienza psicologica in adulti e anziani

*The relationship between views of aging and psychological resilience in adults
and older adults*

Relatore

Dott. Enrico Sella

Laureanda

Sara Molinaroli

Matricola n°

2047939

Anno Accademico 2023/2024

INDICE

INTRODUZIONE.....	1
CAPITOLO 1 – INVECCHIAMENTO SOGGETTIVO E RESILIENZA PSICOLOGICA	3
1.1 Che cos'è l'invecchiamento	3
1.2. L'invecchiamento secondo la prospettiva dell'arco di vita.....	5
1.3 Le opinioni soggettive sull'invecchiamento (“Subjective Views of Aging”).....	7
1.4 La relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, salute e funzionamento psicologico e cognitivo.....	13
1.5 La resilienza psicologica nell'invecchiamento.....	16
1.6 La relazione tra opinioni soggettive sull'invecchiamento e resilienza psicologica	21
CAPITOLO 2 – LA RICERCA	24
2.1 Obiettivi e ipotesi	24
2.2. Partecipanti.....	25
2.3. Materiali	26
2.4. Procedura.....	34
2.5 Analisi statistiche	36
2.6 Risultati	37
DISCUSSIONE E CONCLUSIONE	48
Bibliografia	51

INTRODUZIONE

L'invecchiamento è un processo dinamico e complesso, caratterizzato da molteplici cambiamenti che avvengono lungo l'intero arco di vita.

Si tratta di un fenomeno multidimensionale e multidirezionale, caratterizzato da diversi cambiamenti nei diversi domini di salute e funzionamento dell'individuo. È importante distinguere l'invecchiamento "normale" dall'invecchiamento "patologico": l'invecchiamento normale (o tipico) è definito da una serie di modificazioni biologiche e psicologiche, universali e irreversibili, ma non necessariamente invalidanti (ad esempio, un rallentamento delle funzioni cognitive), quindi caratterizzato dall'assenza di patologie.

All'interno della popolazione con invecchiamento tipico è comunque possibile osservare un'estrema variabilità nei cambiamenti legati all'età e nella loro percezione e valutazione soggettiva. Infatti, sempre più evidenze sottolineano come i cambiamenti correlati all'invecchiamento non dipendano esclusivamente dall'avanzare dell'età *per se*, ma entrino in gioco anche la percezione e la visione soggettiva dell'invecchiamento, sia personale che generale, nel determinare (quindi influenzare) l'invecchiamento e la notevole variabilità nei modi di invecchiare. Recentemente è stato sviluppato un nuovo macro-costrutto, ovvero "*Subjective Views of Aging*", definite come "opinioni soggettive sull'invecchiamento", in riferimento all'insieme di percezioni, idee e credenze, atteggiamenti e aspettative che ciascuna persona possiede rispetto all'invecchiamento come processo generale/comune e alla persona anziana in generale (opinioni soggettive generali), nonché all'esperienza personale della propria età e dell'invecchiare (opinioni soggettive personali).

Un crescente numero di studi evidenzia una relazione tra le opinioni e percezioni soggettive sull'invecchiamento e gli esiti e domini di salute, longevità nell'adulto e anziano.

Sebbene la letteratura scientifica suggerisca che le opinioni soggettive sull'invecchiamento influenzino anche il funzionamento psicologico, non vi sono ancora studi che abbiano preso in considerazione il ruolo delle opinioni soggettive generali e personali con uno degli aspetti chiave del

funzionamento psicologico individuale, ovvero la resilienza psicologica, nell'adulto e anziano con invecchiamento tipico.

Il presente elaborato ha voluto approfondire e portare ulteriori evidenze su queste tematiche.

Nel *Capitolo 1* verrà discusso il fenomeno dell'invecchiamento generale, come fenomeno multidirezionale e multidimensionale secondo la prospettiva dell'arco di vita (*life-span*). Verrà inoltre approfondita la percezione soggettiva dell'invecchiamento, presentando la concettualizzazione teorica delle “opinioni soggettive sull'invecchiamento” (*Subjective Views of Aging*) e la relazione con salute, benessere e funzionamento psicologico e cognitivo lungo l'arco di vita adulto. Si andrà poi a definire il costrutto di resilienza psicologica in relazione all'invecchiamento e, nello specifico, alle opinioni soggettive – generali e personali – di interesse per questo elaborato.

Nel *Capitolo 2* verrà presentato lo studio condotto, che ha avuto come obiettivo quello di indagare la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento (in termini di età soggettiva, consapevolezza di cambiamenti legati all'avanzare dell'età, credenze essenzialiste e non essenzialiste rispetto all'invecchiamento, e percezione del proprio invecchiamento cognitivo) e la resilienza psicologica, in un campione di adulti e anziani con invecchiamento tipico.

I risultati ottenuti saranno discussi in linea con la letteratura esistente e per le loro implicazioni.

CAPITOLO 1 – INVECCHIAMENTO SOGGETTIVO E RESILIENZA PSICOLOGICA

1.1 Che cos'è l'invecchiamento

L'invecchiamento è un fenomeno naturale e complesso, multidirezionale e multidimensionale, che interessa l'intero arco dell'esistenza e si contraddistingue per la sua natura dinamica e multifattoriale. È un processo caratterizzato da molteplici cambiamenti, universali e irreversibili, che coinvolgono numerosi aspetti sul piano biologico, fisico, cognitivo, emotivo, comportamentale e sociale (De Beni, Borella, 2015).

A partire dai primi decenni del Novecento si è assistito a un miglioramento dello stile di vita (migliori condizioni igienico-sanitarie, alimentari, ambientali ed economiche) e ad un costante progresso tecnologico; questi fenomeni hanno comportato l'aumento della speranza di vita generale, favorendo il raggiungimento di un'età avanzata per un maggior numero di persone. In Italia, al 1° gennaio 2023 i dati ISTAT mostrano un indice di vecchiaia, ovvero la percentuale di popolazione sopra i 65 anni, del 24% (rispetto al 19% nel 2003). L'età media della popolazione è inoltre passata da 42,2 a 46,4 nel ventennio 2003-2023 (Istat, Report 2024). Un fenomeno che quindi interessava una percentuale relativamente bassa della popolazione, negli ultimi anni ha assunto una rilevanza sempre più forte, al punto da creare l'esigenza di comprendere meglio i cambiamenti ad esso correlati.

Da qui nasce l'interesse per lo studio e per la ricerca sull'invecchiamento in ambito clinico, preventivo e sociale.

Sono diverse le discipline che si occupano di studiare il fenomeno dell'invecchiamento: alcune si concentrano sugli aspetti patologici che caratterizzano la vecchiaia, come la geriatria (diagnosi e trattamento di problemi fisici e psicosociali); altre, come la gerontologia, studiano i processi di invecchiamento non patologico. La *psicologia dell'invecchiamento*, in particolare, studia

la stabilità e i cambiamenti psicologici dell'individuo che invecchia, seguendone lo sviluppo nel tempo. Questa disciplina integra anche le conoscenze di altri due modelli: la psicologia della vecchiaia, che descrive le caratteristiche e problematiche di natura biologica, sociale e psicologica dell'anziano, e la psicologia delle differenze di età, che tramite studi trasversali individua cause e conseguenze di meccanismi e processi alla base delle differenze legate all'età (De Beni, Borella, 2015).

L'invecchiamento è un fenomeno universale e inevitabile, ma fondamentalmente eterogeneo. È caratterizzato da un'estrema variabilità interindividuale; infatti, diversi fattori intrinseci ed estrinseci possono influenzare il modo in cui si invecchia. Questi possono essere di natura genetica, cambiamenti biologici, ma anche fattori ambientali e lo stile di vita dell'individuo. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), il passaggio alla condizione di "anziano" avviene a 65 anni. Tuttavia, è importante ricordare che l'invecchiamento è un fenomeno complesso, non limitabile esclusivamente all'età cronologica e ad un progressivo declino fisico e cognitivo. Spesso, infatti, età cronologica ed età dimostrata non corrispondono tra loro, e associare l'avanzare dell'età a una perdita generalizzata di abilità risulta troppo semplicistico (De Beni, Borella, 2015). Diventa quindi fondamentale, nell'analisi del processo di invecchiamento, includere età biologica, psicologica, sociale e funzionale. L'*età biologica* solitamente è molto vicina all'età cronologica, ma non sovrapponibile: è un "indicatore dinamico dello stato di salute e di funzionamento dell'organismo" e si definisce "attraverso il numero di anni che una persona si aspetta di vivere, in relazione alla funzionalità dei suoi organi" (De Beni, Borella, 2024). Con *età psicologica* si fa invece riferimento alla capacità di un individuo di utilizzare abilità cognitive, personali o sociali, oltre che alla capacità di sperimentare nuove esperienze e adattarsi con flessibilità nel comportamento. L'*età sociale* riguarda la posizione, il ruolo occupato dall'individuo nella società ad una determinata età. Riceve influenze a livello culturale e a seconda dei cambiamenti storici; include inoltre le aspettative della società stessa nei confronti dell'età a cui si sta facendo riferimento. Si definisce "anziano" a

livello sociologico un individuo che entra in fase di pensionamento. L'*età funzionale* deriva dal confronto con i pari d'età cronologica rispetto a un compito richiesto, e può quindi variare all'interno di una stessa persona. Con invecchiamento funzionale si fa riferimento alle competenze che un individuo possiede rispetto a specifici compiti, messo a confronto con i suoi coetanei.

1.2. L'invecchiamento secondo la prospettiva dell'arco di vita

Una fra le teorie più importanti in letteratura per lo studio dello sviluppo umano è la prospettiva dell'arco di vita – teoria del *life-span* – di Baltes (1987). Essa si basa sull'assunto che lo sviluppo sia un processo continuo di acquisizione e perdita, che caratterizza ogni fase della vita – dall'infanzia all'età avanzata – e si distribuisce su un ampio spettro di domini (sviluppo fisico, emotivo e psicosociale).

Si tratta, inoltre, di uno sviluppo “plastico” e contestuale, a indicare l'abilità individuale di adattarsi e far fronte a diverse situazioni, a seconda del contesto storico-culturale e ambientale (De Beni & Borella, 2024). Baltes (1987) afferma che “nello sviluppo non c'è guadagno senza perdita, e non c'è perdita senza guadagno” (*there's no gain in development without loss, and no loss without gain*).

In quest'ottica, anche l'invecchiamento può essere interpretato come una fase dinamica e complessa, dove sono presenti continue perdite e guadagni.

In particolare, si tratta di una fase durante la quale, solitamente, diventa più evidente la presenza di declini e perdite, soprattutto se dovuti a invecchiamento biologico (Baltes et al., 1998).

Tuttavia, molti individui riportano livelli di soddisfazione e benessere elevati anche in età avanzata (Baltes & Carstensen, 2003).

Secondo uno studio condotto da Muffato e collaboratori (2015), era possibile osservare negli anziani un aumento del benessere psicologico (misurato tramite un questionario volto a indagare aspetti di soddisfazione personale, strategie di coping e competenze emotive), mentre i giovani presentavano livelli nettamente inferiori.

Questo può essere dunque ricondotto alla presenza di guadagni durante l'invecchiamento.

Un esempio può essere fatto riguardo le abilità intellettuali: se da una parte quelle abilità che riflettono i meccanismi neurobiologici dell'intelligenza – come la memoria di lavoro – mostrano generalmente un declino nel loro funzionamento con l'età, altre – come saggezza e competenze linguistiche – possono rivelarsi stabili nel tempo o, in alcuni casi, perfino migliori nell'invecchiamento (Baltes et al., 1998).

Grazie alla prospettiva dell'arco di vita, si sono avanzati diversi modelli e ipotesi sulla crescita dell'individuo anche in età avanzata (De Beni & Borella, 2024).

Uno di questi è la metateoria dello sviluppo (Baltes & Baltes, 1990), che ne approfondisce la “multidirezionalità”, ovvero la relazione tra perdite e guadagni, selezionando e ottimizzando particolari capacità, e sacrificandone delle altre.

Sono tre le componenti centrali di questo modello: selezione, ottimizzazione e compensazione (SOC). Con selezione si fa riferimento alla scelta dell'individuo di prioritizzare determinate funzioni, con l'obiettivo di raggiungere un alto livello di funzionamento, a seconda dei limiti biologici e ambientali che gli vengono posti. Questo processo è fondamentale in un'ottica di invecchiamento: l'anziano, infatti, deve affrontare diversi cambiamenti inevitabili con l'età, siano essi fisici o mentali, che comportano una “riduzione di ampiezza nella scelta di attività” (De Beni & Borella, 2024).

Segue quindi l'ottimizzazione, ovvero l'utilizzo (consapevole) solo in alcuni ambiti delle risorse disponibili, per “elaborare e perfezionare i mezzi a disposizione al fine di raggiungere gli obiettivi proposti” (De Beni & Borella, 2024). Questo si traduce in due modi nell'invecchiamento: l'uso di strategie di supporto e – in caso di perdite che limitino le proprie scelte – la capacità di adeguare il proprio comportamento in modo da promuovere il miglior adattamento possibile alle richieste esterne.

Infine, la compensazione riguarda lo sviluppo di strategie che siano in grado di affrontare le

perdite, tramite risorse personali, cognitive, affettive e sociali.

Dunque, seguendo il modello di Baltes, è possibile mantenere livelli adeguati di funzionamento anche in età avanzata; un aspetto che influisce enormemente sul benessere percepito.

Diventa quindi fondamentale il ruolo che ciascun individuo assume rispetto al proprio invecchiamento: si fa riferimento al concetto di *successful aging*, ovvero lo sviluppo e l'utilizzo di strategie adeguate, al fine di massimizzare le riserve che un individuo ha sviluppato nell'arco della sua vita, siano esse cognitive, emotive, fisiche, personali o relazionali.

Questo si può riassumere nel concetto di proattività: l'utilizzo di risorse, esterne e interne, per la promozione e la cura della propria salute e del proprio benessere futuri.

De Beni e Borella (2024) definiscono la possibilità di mantenere un'alta qualità di vita anche in età avanzata come il “risultato di comportamenti di adattamento preventivo, promossi per evitare il verificarsi di eventi stressanti e/o critici, e di comportamenti di adattamento correttivo, promossi da eventi critici che già sono presenti nel contesto di vita dell'individuo e che minacciano la qualità e la sicurezza di vita della persona stessa”.

Il paragrafo successivo si vuole focalizzare sulla definizione del concetto di percezione soggettiva dell'invecchiamento, caratteristica individuale nata dalla propensione dell'uomo a riflettere su di sé e le proprie esperienze, comprese la percezione e la consapevolezza dei cambiamenti che contraddistinguono l'invecchiare e il proprio invecchiamento. Essa si rivela essere un elemento fondamentale per la comprensione dei cambiamenti legati al processo di invecchiamento, in particolare per quanto riguarda salute, funzionamento psicologico e cognitivo.

1.3 Le opinioni soggettive sull'invecchiamento (“Subjective Views of Aging”)

Le “opinioni soggettive sull'invecchiamento” (“Subjective Views of Aging”, VoA) costituiscono parte integrante dell'esperienza che ciascuna persona vive sia rispetto

all’invecchiamento come processo comune e alla persona anziana in generale, sia rispetto alla personale esperienza della propria età e del sé che invecchia (De Beni e Borella, 2024). Recentemente, Shrira e colleghi (2022) hanno pubblicato un libro che ha raccolto diverse evidenze sul macro-costrutto delle opinioni soggettive sull’invecchiamento, definendole come “*individuals’ perceptions, attitudes, or expectations of their own age and aging process, as well as of old age and older adults in general*”, ovvero “percezioni, atteggiamenti, o aspettative dell’individuo rispetto alla propria età e processo di invecchiamento, così come la vecchiaia e gli anziani in generale”. In questa recente concettualizzazione, i diversi concetti a cui fa riferimento la letteratura sono stati organizzati in due principali categorie, che rientrano in una gerarchia concettuale: opinioni soggettive *generali* e opinioni soggettive *personali* sull’invecchiamento.

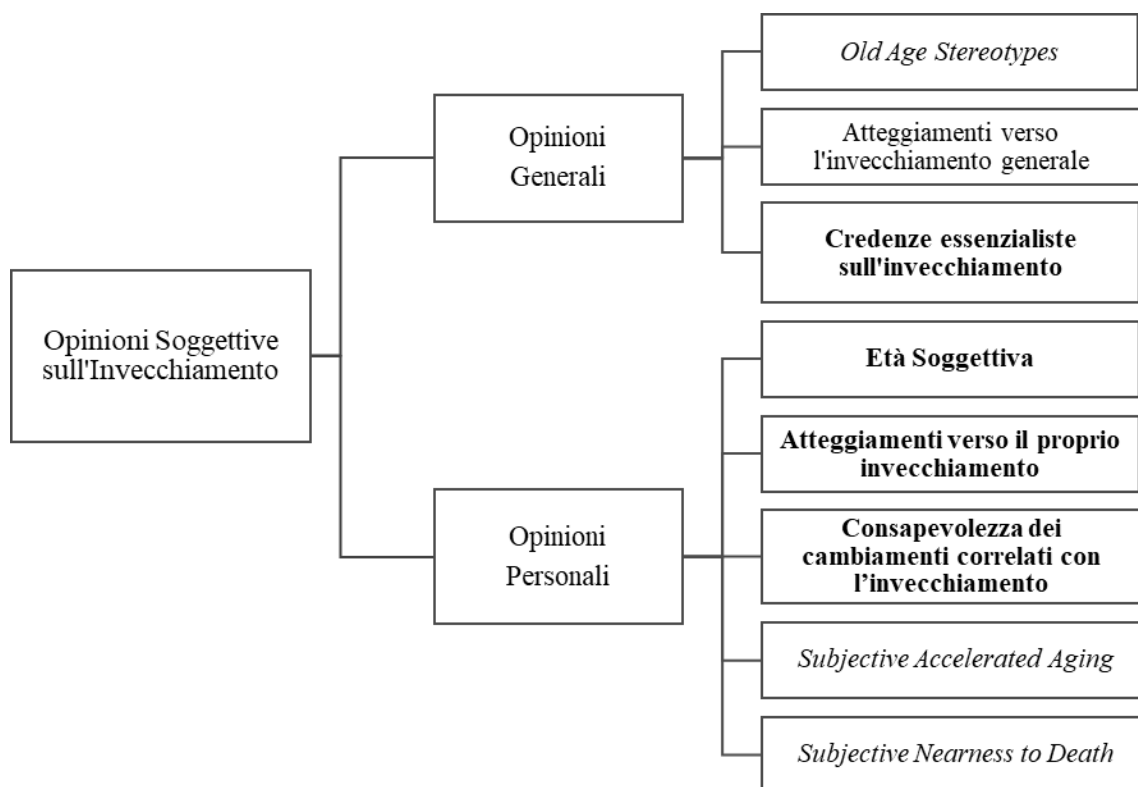


Figura 1. Riadattamento della figura presente in Shrira, Palgi, & Diehl, 2022. In grassetto i concetti teorici presi in considerazione nel presente elaborato di tesi.

Le opinioni soggettive generali (*Generalized Views*) fanno riferimento a credenze socialmente condivise sul processo di invecchiamento e sugli anziani in generale; includono *Old Age*

Stereotypes, atteggiamenti e credenze (non)essenzialiste nei confronti dell'invecchiamento generale.

Le opinioni soggettive personali (*Personal Views*) riguardano invece rappresentazioni individuali riguardo al proprio processo di invecchiamento, tra cui l'età soggettiva, atteggiamenti verso il proprio invecchiamento, consapevolezza dei cambiamenti legati all'età, *Subjective Accelerated Aging* e *Subjective Nearness to Death*.

Di seguito verranno presentati i concetti delle opinioni soggettive sull'invecchiamento inerenti a questo elaborato di tesi.

1.3.1 Opinioni soggettive generali sull'invecchiamento

1.3.1.1 Credenze essenzialiste e non essenzialiste sull'invecchiamento

Le credenze riguardanti il processo di invecchiamento si possono distinguere in due categorie: credenze essenzialiste e credenze non essenzialiste (*essentialist or non essentialist beliefs*). Le prime considerano l'invecchiamento come un “processo fisso piuttosto che malleabile, che include un insieme di cambiamenti inevitabili e incontrollabili che si verificano nel tempo” (*“fixed rather than malleable process including a set of inevitable and uncontrollable changes that occur over time”*, Weiss et al., 2016).

Al contrario, le credenze non essenzialiste considerano l'invecchiamento come un processo modificabile e flessibile, ovvero come se fosse possibile modificare/cambiare la traiettoria dei cambiamenti correlati con l'invecchiamento. Per usare una metafora, da una parte si ha quindi un'idea di invecchiamento come se fosse “scolpito nella pietra”, dall'altra una visione dell'età come un semplice numero (*“aging is set in stone” vs “age is just a number”*). Questo può avere una notevole influenza sul processo d'invecchiamento dell'individuo. Uno studio ha infatti dimostrato come credenze essenzialiste siano associate a maggiori preoccupazioni riguardo cambiamenti legati all'età e alla prospettiva di una vita più breve (Weiss et al., 2016). Al contrario, si è trovata una correlazione tra credenze non essenzialiste e una tendenza in individui adulti a percepirsi più giovani

rispetto alla propria età cronologica (Weiss et al., 2019). Inoltre, la tendenza negli anziani a preferire credenze non essenzialiste è stata associata alla capacità di moderare gli effetti negativi creati da uno status sociale basso e da stereotipi sull'età, arrivando a migliorare la performance cognitiva e la reattività fisiologica (Weiss, 2018).

1.3.2 Opinioni soggettive personali sull'invecchiamento

1.3.2.1 Età soggettiva

L'età soggettiva (*felt* o *subjective age*) indica quanto un individuo si percepisce più giovane o più anziano rispetto alla propria età cronologica (Alonso Debrezeni, & Bailey, 2021). Viene misurata tramite la domanda *'Quanti anni ti senti la maggior parte del tempo?'*. Definisce la percezione di sé e il senso di identità dell'individuo, così spiegando i modi diversi in cui le persone fanno esperienza della propria età e del processo di invecchiamento (Kotter-Grühn et al., 2015).

È stata trovata una forte correlazione tra età soggettiva e “*successful aging*” (Kotter-Grühn, et al., 2015). In particolare, un'età soggettiva più giovane – ovvero sentirsi più giovani dell'età cronologica che si possiede – è stata associata ad un maggiore livello di benessere psicologico e un migliore funzionamento cognitivo – in termini di memoria episodica e funzioni esecutive (Stephan et al., 2014) –, oltre che a ridotti sintomi depressivi in adulti e anziani (Weiss & Lang, 2012).

L'età soggettiva (o percepita) cambia anche in funzione dell'età cronologica. Ad esempio, i risultati di una ricerca tramite meta-analisi (Pinquart et al., 2021) mostravano come i bambini si sentivano circa 3 anni (34%) più vecchi rispetto alla loro età cronologica, mentre gli anziani (60+) si sentivano in media tra 10.74 e 21.07 anni (13% - 18%) più giovani. Questo fenomeno è noto in letteratura come *Subjective Age Bias* ed è stato associato a maggiore benessere psicologico, oltre che a livelli più elevati di autostima nell'invecchiamento (Weiss e Lang, 2012).

1.3.2.2 *Atteggiamenti verso il proprio invecchiamento*

Gli atteggiamenti verso il proprio invecchiamento (*Attitudes toward own aging; AToA*) includono credenze, atteggiamenti e aspettative personali e della società sia verso gli anziani come gruppo di età, sia verso la propria esperienza di invecchiamento (Lawton, 1975). Sono diversi gli stereotipi rispetto al processo di invecchiamento, diversi gli atteggiamenti conseguenti. Assumono tipicamente una connotazione più negativa con l'avanzare dell'età, ma è comunque possibile osservare una visione positiva rispetto all'invecchiamento. Questo si rispecchia poi su un piano affettivo, cognitivo e comportamentale (Hess, 2006).

Diverse evidenze in letteratura sostengono un'associazione tra atteggiamento verso il proprio invecchiamento e funzionamento psicologico. Ad esempio, uno studio condotto da Freeman e collaboratori (2016) ha dimostrato una relazione tra un'auto-percezione negativa e l'insorgenza di sintomi ansiosi e depressivi. Si è ipotizzata, inoltre, una relazione tra atteggiamento verso il proprio invecchiamento, coinvolgimento sociale e senso di solitudine.

In particolare, Lamont e collaboratori (2017) hanno individuato un'associazione positiva tra *AToA* e soddisfazione del supporto sociale ricevuto: gli anziani con un atteggiamento positivo riportano di percepire una soddisfazione maggiore rispetto alla qualità delle proprie interazioni sociali (non in termini di frequenza e numero di interazioni).

Al contrario, si è ipotizzato che un atteggiamento negativo verso il proprio invecchiamento sia associato ad un maggior senso di solitudine, in quanto sembrerebbe generare strategie inadeguate di coinvolgimento sociale (Bodner, 2022).

Per quanto riguarda invece il funzionamento cognitivo, è stata individuata in particolare un'associazione positiva tra *AToA* e prestazioni in una prova di richiamo di memoria (Warmoth et al., 2016); d'altra parte, un atteggiamento negativo viene generalmente associato a prestazioni cognitive inferiori (Wurm et al., 2017).

Diversi studi hanno evidenziato, inoltre, una relazione tra atteggiamento verso il proprio

invecchiamento e salute nell’anziano. In particolare, un atteggiamento positivo viene associato a credenze di controllo e “*will to live*” (volontà di vivere), con conseguenze importanti sulla salute, dovute ad una maggiore frequenza di comportamenti atti a salvaguardare la stessa. Si osservano infatti, migliori prestazioni fisiche e fisiologiche, oltre ad una generale salute funzionale migliore (Westerhof & Wurm, 2015; Warmoth et al., 2015). Al contrario, individui con un atteggiamento negativo verso il proprio invecchiamento mostrano un interesse e una frequenza minore di comportamenti rilevanti per la salute – come l’esercizio fisico –, associati quindi ad un numero maggiore di patologie e una salute funzionale peggiore (Warmoth et al., 2015).

1.3.2.3 Consapevolezza dei cambiamenti correlati con l’invecchiamento

Secondo Diehl & Wahl (2010), la consapevolezza dei cambiamenti correlati con l’invecchiamento (*Awareness of Age-Related Changes*; AARC) fa riferimento a “tutte quelle esperienze che rendono una persona consapevole che il suo comportamento, livello di prestazione, o modo di vivere la propria vita sono cambiati come conseguenza dell’invecchiamento (ovvero dell’aumento dell’età cronologica)”. Il concetto di consapevolezza dei cambiamenti legati all’età è stato introdotto con l’obiettivo di superare alcuni dei limiti imposti da precedenti costrutti legati all’età soggettiva. Opera ad un livello cosciente, di meta-consapevolezza, a differenza di altri costrutti (come atteggiamenti nei confronti dell’invecchiamento). Si tratta inoltre di un costrutto multidimensionale, che prende in considerazione diversi domini e riconosce che l’esperienza individuale di età soggettiva può variare lungo l’arco della vita e rispetto a diversi ambiti. I cambiamenti percepiti sono legati a salute e funzionamento fisico, così come funzionamento cognitivo, relazioni interpersonali, funzionamento socio-cognitivo e socio-emotivo, stile di vita e coinvolgimento quotidiano (Sabatini et al., 2020). Ognuno di questi domini può presentare cambiamenti legati all’età sia positivi che negativi, rispettivamente benefici e danni, misurabili tramite un questionario sulla consapevolezza di cambiamenti correlati all’invecchiamento (adattato

da Diehl & Brothers, 2017). Ad esempio, un beneficio legato al dominio delle relazioni interpersonali può essere misurato tramite l'item 'Con l'avanzare della mia età, mi rendo conto che... apprezzo molto di più le relazioni e le persone'; un danno invece, con l'item 'Con l'avanzare della mia età, mi rendo conto che... a volte le persone mi trattano come se io non ci fossi'.

1.4 La relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, salute e funzionamento psicologico e cognitivo

Come già accennato all'inizio del capitolo, l'invecchiamento è un fenomeno dinamico, non limitabile esclusivamente all'età cronologica e ad un progressivo declino fisico e cognitivo. Questo impedirebbe di analizzare il processo nella sua complessità, dimenticando di includere la sua natura "soggettiva". Infatti, diverse ricerche negli ultimi anni hanno trovato che la percezione soggettiva dell'invecchiamento ha un forte impatto sul funzionamento e sul benessere psicologico e cognitivo di adulti e anziani, oltre che sulla loro salute. Questa influenza può essere inoltre invertita: la percezione soggettiva infatti è stata indagata sia come predittore di funzionamento e salute sia come risultato (*outcome*) degli stessi (Stephan, Sutin & Terracciano, 2018a). Numerosi studi sono stati fatti a favore di un'associazione tra percezione positiva dell'invecchiamento (quindi minore età soggettiva, atteggiamento positivo [*Attitudes Toward Own Aging*, AToA] e maggiore consapevolezza dei propri cambiamenti correlati all'invecchiamento [*Awareness of Age-Related Change*, AARC]) e benessere nell'anziano, a prescindere dall'età cronologica. A livello psicologico, è stata associata a minori sintomi depressivi, minori sintomi ansiosi e a livelli minori di solitudine (Weiss & Lang, 2012), oltre che a una maggiore soddisfazione rispetto al supporto sociale ricevuto (Lamont et al., 2016). Al contrario, è stato trovato che una maggiore età soggettiva viene associata a maggiore percezione di solitudine e minori relazioni sociali intime in età anziana (Spitzer, Segel-Karpas & Palgi, 2019). Anche per quanto riguarda il funzionamento cognitivo, è stato possibile evidenziare una relazione positiva con la percezione soggettiva dell'invecchiamento. Per quanto l'età

cronologica possa essere un fattore predittivo estremamente significativo dell'invecchiamento cognitivo, diversi studi hanno saputo mostrare l'importanza di età soggettiva e atteggiamento nei confronti del processo di invecchiamento; in particolare, una percezione negativa viene tipicamente associata a peggiori prestazioni cognitive. Al contrario, una buona percezione (che si traduce in minore età soggettiva e un atteggiamento positivo nei confronti dell'invecchiamento) è stata associata a migliori prestazioni cognitive, sia a livello di memoria episodica che di funzioni esecutive (Stephan et al., 2014; Warmoth et al., 2016).

Inoltre, numerosi studi in letteratura mostrano un'associazione tra salute, longevità e percezione soggettiva dell'invecchiamento. Una minore età soggettiva è stata associata a minori problemi fisici e sintomi depressivi (Spuling et al., 2013), oltre che a una maggiore longevità (Westerhof & Wurm, 2015). Una maggiore età soggettiva invece, è stata associata a un rischio maggiore di sviluppare condizioni di fragilità o pre-fragilità (Li et al., 2021) e a un maggiore rischio di mortalità (Stephan, Sutin & Terracciano, 2018b). Diverse ricerche hanno evidenziato che non solo l'età soggettiva, ma anche l'atteggiamento nei confronti del proprio invecchiamento ha un impatto sulla salute nell'adulto e nell'anziano: un atteggiamento positivo è stato associato a migliori prestazioni fisiche, mentre un atteggiamento negativo ad un numero maggiore di patologie, un rischio maggiore di ospedalizzazione e difficoltà nello svolgere alcune attività quotidiane (Warmoth et al., 2016). Inoltre, Levy e collaboratori (2002) hanno condotto uno studio i cui risultati mostravano che i partecipanti con una percezione positiva del proprio invecchiamento vivevano in media 7.6 anni più a lungo rispetto a coloro che presentavano una percezione negativa.

Numerose ricerche hanno evidenziato la relazione tra *age identity* e prestazioni cognitive, senza mai tuttavia soffermarsi sulla percezione dell'individuo rispetto al proprio funzionamento cognitivo. Con l'avanzare dell'età molti adulti osservano un declino delle proprie abilità cognitive, che sia esso in termini di memoria, attenzione o di elaborazione. È possibile supporre che la percezione dell'invecchiamento cognitivo di un individuo diventi sempre più pessimista con il

passare del tempo, ma, trattandosi di cambiamenti dinamici e fortemente individuali, età soggettiva e atteggiamento verso il proprio invecchiamento possono essere ritenuti predittori più significativi della disposizione nei confronti dell'invecchiamento cognitivo rispetto all'età cronologica (Schafer & Shippee, 2010). Mantenere un buon funzionamento cognitivo ha conseguenze positive in diversi ambiti della vita dell'adulto e dell'anziano, dal prendere parte ad attività al coltivare relazioni sociali significative.

Aspettative positive rispetto all'invecchiamento cognitivo comportano dunque diversi benefici. Uno studio condotto longitudinalmente da Schafer e Shippee (2010) ha voluto analizzare come l'età soggettiva influenzi l'atteggiamento nei confronti dell'invecchiamento cognitivo, portando particolare attenzione alle differenze di genere. Infatti, le donne tendono ad essere più soggette a stereotipi di età (Hurd, 1999) e a sentirsi meno sicure rispetto alle proprie abilità cognitive (West, Welch, & Knabb, 2002). La ricerca di Schafer e Shippee si aspettava dunque di trovare una relazione significativa tra maggiore età soggettiva e una percezione più pessimista rispetto al funzionamento cognitivo in età avanzata, soprattutto tra le donne.

Dai risultati si osserva che i partecipanti allo studio riportavano età soggettive minori rispetto alla loro età cronologica, soprattutto tra le donne, per le quali inoltre l'età soggettiva rappresentava un forte predittore rispetto alle percezioni del proprio invecchiamento cognitivo.

In particolare, per coloro che avevano riportato un'età soggettiva minore, si era potuta evidenziare una visione più ottimista nei confronti dell'abilità di mantenere in buone condizioni memoria e altre funzioni cognitive con l'avanzare dell'età.

Il presente capitolo si è finora focalizzato, in termini generali, sulla relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, salute e funzionamento psicologico e cognitivo lungo l'arco di vita adulto. Nei paragrafi che seguono l'attenzione verrà rivolta ad un costrutto psicologico in particolare, la resilienza, e alla sua relazione con la percezione soggettiva dell'invecchiamento.

1.5 La resilienza psicologica nell'invecchiamento

Dal latino *resilire* (“saltare indietro, rimbalzare”), la parola resilienza viene definita dal dizionario Treccani come la “capacità di resistere e di reagire di fronte a difficoltà, avversità, eventi negativi” e “non solo una predisposizione o una proprietà di cui gli uomini sono dotati, ...ma una competenza che è possibile acquisire o rafforzare”. Nonostante sia oggetto di studi e ricerche da decenni, il concetto di resilienza psicologica presenta ancora oggi numerose discrepanze nel modo in cui viene definito e misurato, tanto da renderne complesso lo studio. Numerose definizioni sono state proposte in letteratura; in un primo momento, la ricerca spesso concettualizzava la resilienza come “*not developing psychopathology in spite of facing high-risk situations*”, ovvero l’assenza di psicopatologia nonostante situazioni ad alto rischio (Masten et al., 1999). Più recentemente, diversi studi hanno tentato di arrivare ad una definizione che racchiudesse tutti gli aspetti cardinali del concetto di resilienza psicologica.

In questo paragrafo verranno esaminati alcuni di essi prima di focalizzare l’attenzione sulla teoria di riferimento di cui si è fatto uso in questo elaborato, in relazione al fenomeno dell’invecchiamento.

Ci sono tre principali modelli teorici che considerano la resilienza come un tratto di personalità, come un risultato (*outcome*) o come un processo (Zhou et al., 2021).

Nelle prime fasi della ricerca, molti studiosi tentavano di determinare quali caratteristiche personali rendevano possibile a determinati individui (soprattutto giovani) di avere successo nonostante si confrontassero con circostanze difficili (es. povertà e genitori affetti da disturbi psicologici). Queste caratteristiche successivamente sarebbero state interpretate come “fattori protettivi”.

Solo a partire dai primi anni '90 la ricerca ha spostato l’attenzione dall’identificazione di fattori protettivi a una migliore comprensione della resilienza, in particolare come processo tramite cui è possibile superare le difficoltà (Fletcher & Sarkar, 2013).

La resilienza psicologica è stata definita quindi come un processo dinamico, che può variare nel tempo e a seconda del contesto. Uno stesso individuo potrebbe mostrare risposte diverse all'interno di situazioni differenti, o per situazioni simili a distanza di tempo. Le variabili di cui tener conto sono infatti numerose: si tratta di risorse interne (come indole tranquilla, buona autostima, competenze cognitive ed emotive) ed esterne (supporto familiare e sociale), che possono mutare a seconda delle circostanze (Fletcher & Sarkar, 2013; Stainton et al., 2018).

Ad esempio, Ahern e collaboratori (2008) hanno definito la resilienza come una “qualità personale adattiva di resistenza allo stress”, Curtis e Cicchetti (2007) come un “processo dinamico influenzato da *self-organisations* sia neurali che psicologiche”. Invece Luthar e colleghi (2000) l'hanno definita come un processo dinamico “che riguarda un adattamento positivo nel contesto di avversità significative”.

È possibile identificare alcuni concetti comuni all'interno delle diverse definizioni: la resilienza psicologica è generalmente identificata come un processo attivo e dinamico, lontano dalla semplice assenza di psicopatologia, che può variare nel tempo e a seconda del contesto. Inoltre, all'interno del processo, è possibile osservare una serie di “fattori protettivi che comportano migliori *outcomes* di salute e funzionamento psicologico e cognitivo, rispetto a quanto ci si aspetterebbe per uno specifico rischio o avversità” (Stainton et al., 2018).

Diventa quindi fondamentale, nello studio della resilienza psicologica, poter fare riferimento ad una teoria universale, che possa essere applicata contemporaneamente a più popolazioni e a diversi contesti.

Un modello comunemente condiviso nella letteratura (Agaibi & Wilson, 2005; Campbell-Sills et al., 2006; Connor & Davidson, 2003; Fletcher & Sarkar, 2013; Sisto et al., 2019; Vella & Pai, 2019) è quello formulato da Richardson e collaboratori (1990), ovvero la metateoria della resilienza. Secondo il modello, il processo di resilienza inizia da uno stato di “omeostasi biopsicospirituale”, ovvero uno stato di equilibrio fisico, mentale e spirituale. Questo viene alterato a seguito

dell'esposizione ad eventi stressanti, o avversità, i quali vanno ad interagire con i fattori protettivi dell'individuo. Questi, secondo Richardson, possono essere di diverso tipo: fattori personali – come autoefficacia, ottimismo –, fattori relazionali – supporto sociale, relazioni – e fattori ambientali – condizioni come il contesto sociale ed economico –. L'individuo cerca dunque di mantenere la propria omeostasi e di riacquistare l'equilibrio iniziale. Questo processo può evolversi in uno di quattro diversi *outcomes*. La “reintegrazione resiliente”, dove l'alterazione dell'equilibrio porta all'acquisizione di ulteriori fattori protettivi, e un livello più alto di omeostasi; la “reintegrazione omeostatica”, ovvero il ritorno alla comfort zone; la “reintegrazione con perdita”, quando l'alterazione comporta la perdita di fattori protettivi, e conseguentemente un livello più basso di omeostasi; la “reintegrazione disfunzionale”, che vede l'individuo ricorrere a comportamenti autodistruttivi – come abuso di sostanze – nel tentativo di affrontare l'avversità (Richardson, 2002; Fletcher & Sarkar, 2013). Richardson, quindi, non prende come riferimento una specifica popolazione, così come non si sofferma su specifici eventi stressanti e avversità, nell'elaborare la propria teoria.

Il modello viene ripreso e discusso successivamente da diversi autori, tra cui Connor e Davidson (2003), che vi hanno fatto riferimento nello sviluppo della scala di misura CD-RISC per la resilienza psicologica.

In questo elaborato si è fatto uso, infatti, del modello di Connor-Davidson (2003) per analizzare la resilienza psicologica nei partecipanti allo studio; in particolare, è stata utilizzata una forma abbreviata del relativo questionario *self-report* (Campbell & Stein, 2007).

Nata dalla necessità di una scala di misura che fosse comune e ampiamente riconosciuta, la Connor-Davidson Resilience Scale viene sviluppata con l'obiettivo di “creare una misura valida nel quantificare la resilienza e di stabilire dei valori di riferimento” (Connor & Davidson, 2003).

I 25 item da cui è formato sono stati tratti da diverse fonti, com'è possibile osservare nella Figura 2.

Figura 2. Caratteristiche di individui resilienti (Connor & Davidson, 2003).

<i>Fonte</i>	<i>Caratteristica</i>
Kobasa, 1979	Visione di cambiamento e stress come <i>challenge</i> / opportunità
Kobasa, 1979	Dedizione
Kobasa, 1979	Riconoscimento dei limiti da controllare
Rutter, 1985	Cercare il supporto di altri
Rutter, 1985	Attaccamento sicuro ad altri
Rutter, 1985	Obiettivi personali o collettivi
Rutter, 1985	Auto-efficacia
Rutter, 1985	Effetto rafforzante dello stress
Rutter, 1985	Successi passati
Rutter, 1985	Sensazione di controllo / di avere scelte realistica
Rutter, 1985	Senso dell'umorismo
Rutter, 1985	Atteggiamento <i>action-oriented</i>
Lyons, 1991	Pazienza
Lyons, 1991	Tolleranza di influenze negative
Rutter, 1985	Adattabilità al cambiamento
Attuale	Ottimismo
Attuale	Fede

Secondo il modello di Connor e Davidson, dunque, la resilienza psicologica viene definita come l'insieme di qualità personali che permettono ad un individuo di avere successo, nonostante le avversità. Si tratta di una caratteristica "multidimensionale, che varia a seconda del contesto, dell'età, del sesso e della cultura d'origine, così come per le diverse esperienze di un individuo. È possibile modificarla e migliorarla, e livelli maggiori di resilienza corrispondono a livelli più alti di benessere globale" (Connor & Davidson, 2003).

In questo elaborato, si è fatto uso della forma abbreviata del questionario, composta da 10 item. Campbell e Stein (2007) infatti, con la loro ricerca hanno evidenziato una certa instabilità nel CD-RISC originale, arrivando quindi a svilupparne una versione ridotta, in grado comunque di valutare i differenti domini di interesse e con buone proprietà psicometriche.

Campbell e Stein hanno scelto un numero inferiore di item con l'obiettivo di limitare la ridondanza delle caratteristiche analizzate. Gli item riflettono "l'abilità di tollerare esperienze come cambiamenti, problemi personali, malattie, pressione, fallimento, e sentimenti dolorosi", e di conseguenza riflettono l'abilità di affrontare e superare queste difficoltà (Campbell & Stein, 2007).

Dunque, la Connor-Davidson Resilience Scale, in particolare la sua forma abbreviata (CD-RISC-10), può essere utilizzata per analizzare e misurare il costrutto di resilienza psicologica, intesa come quella caratteristica che distingue gli individui in grado di adattarsi a cambiamenti e avversità.

Dato l'obiettivo di questo elaborato di tesi, si sono volute analizzare le evidenze presenti in letteratura rispetto alla relazione tra resilienza psicologica e invecchiamento.

È importante sottolineare ancora una volta come l'invecchiamento sia un periodo della vita caratterizzato da molteplici cambiamenti, sia positivi che negativi. La resilienza psicologica, dunque, gioca un ruolo fondamentale nel funzionamento e nel benessere psicologico di adulti e anziani, in quanto permette un adattamento e una percezione positivi rispetto ai cambiamenti legati all'avanzare dell'età. Dalla letteratura emergono delle considerazioni interessanti sulla relazione tra resilienza psicologica, invecchiamento, e funzionamento e benessere nell'anziano.

Il costrutto di resilienza psicologica è solitamente associato a *stressors* e avversità, ma viene sempre più considerato come un aspetto fondamentale per *successful aging* e per il mantenimento di benessere generale rispetto alle perdite che accompagnano l'invecchiamento (Jeste et al., 2013; Aprahamian et al. 2022).

Già Fontes e Neri (2015) affermavano che la resilienza tende a aumentare con l'età, invece di diminuire, e Rabheru (2021) conferma che anziani con maggiore resilienza (e livelli inferiori di depressione) hanno livelli significativamente più alti di percezioni positive rispetto al proprio invecchiamento.

Livelli maggiore di resilienza negli anziani sono stati associati a strategie di *coping* migliori – come

affrontare le avversità con un atteggiamento positivo – (Hildon et al., 2008); alla volontà di chiedere aiuto rispetto a sintomi depressivi (Smith, 2009); a migliori capacità di problem solving e regolazione emozionale (Gooding et al., 2012); a migliori *skills* motivazionali acquisite durante l'arco di vita, considerabili un fattore protettivo rispetto a declino cognitivo e benessere psicologico (Forstmeir et al., 2008). Inoltre, la resilienza psicologica si pone come mediatore tra percezioni più positive dell'invecchiamento e un senso di benessere generale maggiore (Chen et al., 2024).

Sono presenti anche diversi studi riguardo una percezione positiva dell'invecchiamento e la sua relazione con la resilienza in riferimento al contesto della pandemia di COVID-19, a confermare che una percezione più positiva dell'invecchiamento può comportare una serie di implicazioni rispetto a benessere e salute, associati anche a comportamento preventivo e resilienza (Giasson & Carrillo, 2022; Giasson & Smith, 2022).

Infine, i costrutti di benessere psicologico, supporto sociale, soddisfazione della qualità di vita, sono tutti associati alla resilienza (Fontes & Neri, 2015). Harris (2008) propone persino di sostituire il costrutto di *successful aging* con quello di resilienza, a sottolineare l'importanza di un buon funzionamento e benessere psicologico nell'anziano.

È possibile dunque evidenziare una forte associazione tra alti livelli di resilienza e un migliore funzionamento fisico, psicologico e sociale negli anziani (Mertens et al., 2012).

Tuttavia, solo recentemente alcuni studi hanno iniziato ad analizzare ed evidenziare la relazione tra le opinioni soggettive sull'invecchiamento e la percezione di resilienza psicologica.

1.6 La relazione tra opinioni soggettive sull'invecchiamento e resilienza psicologica

Per quanto riguarda le opinioni soggettive dell'invecchiamento, nello specifico quelle trattate da questo elaborato (*felt age*, Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento CCCI, *[Non]Essentialist Beliefs about Aging* [N]EBA, *Views of Cognitive Aging* VoCA), sono presenti

pochi studi in letteratura che hanno analizzato la relazioni tra di esse e la resilienza psicologica.

Aftab e collaboratori (2022) hanno evidenziato la relazione tra una minore età soggettiva e diversi elementi che comportano una migliore salute, fisica e mentale, tra cui anche una maggiore resilienza (valutata tramite CD-RISC-10). Prati (2024) afferma che anziani con una visione più malleabile rispetto ai cambiamenti legati all'invecchiamento e con una maggiore percezione di controllo, riportano livelli maggiori di resilienza e migliori prestazioni. Individui che sviluppano credenze non essenzialiste possono contrastare le conseguenze di stereotipi negativi sull'età, dimostrandosi più resilienti (Weiss, 2018).

Allo stesso modo, Park e collaboratori (2018) hanno evidenziato che *beliefs* di maggiore controllo sul proprio invecchiamento sono associati a percezioni più positive rispetto alle proprie capacità future.

Per quanto riguarda invece, la Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento (CCCI, o AARC), sono presenti diversi studi che hanno voluto analizzare la sua relazione con la resilienza. Brothers e collaboratori (2018), spinti dall'ipotesi che una percezione più positiva dei cambiamenti legati all'età potesse servire da fattore protettivo rispetto al declino di salute (comune avversità in età avanzata), ne hanno voluto studiare la relazione all'interno di un *framework* di resilienza. Così hanno trovato conferma nei loro risultati: in individui che riportavano livelli maggiori di AARC-Benefici, "l'associazione tra salute funzionale e soddisfazione rispetto alla propria vita era significativamente attenuata, ... suggerendo che una percezione positiva rispetto ai cambiamenti correlati all'età rappresenti un fattore protettivo quando gli individui sono posti di fronte a difficoltà legate all'invecchiamento". Al contrario, Neupert e Zhu (2021) hanno evidenziato come livelli maggiori di AARC-Danni siano associati ad aumenti di rischi rispetto a "piani futuri", così come a minore percezione di controllo.

Per quanto riguarda invece l'invecchiamento cognitivo, Donders e Wang (2023) hanno cercato di analizzare un eventuale legame tra resilienza (valutata tramite CD-RISC-10) e declino cognitivo, in

particolare se la prima potesse rivelarsi come fattore protettivo rispetto il secondo. I risultati hanno però dimostrato che la resilienza psicologica è associata principalmente a un benessere soggettivo, senza dare sufficienti informazioni rispetto al rischio cognitivo in anziani.

Il presente capitolo, dunque, si è focalizzato sulla Percezione Soggettiva dell'Invecchiamento, articolata nei costrutti di Età Soggettiva, Credenze non(essenzialiste) nei confronti dell'invecchiamento, Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all'Invecchiamento e percezione del proprio invecchiamento cognitivo. È stata poi analizzata la relazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento, funzionamento psicologico, cognitivo e salute lungo l'intero arco di vita adulto. Una percezione positiva è stata associata a migliore funzionamento e benessere psicologico, mentre una percezione negativa è stata associata a minore benessere psicologico, condizioni di salute peggiori e ridotta longevità.

In base a quanto emerso dalla letteratura, si è dimostrato che una visione positiva rispetto all'invecchiamento promuove resilienza e benessere (Tseng, 2024).

Tuttavia, sono pochi gli studi (ad esempio, Aftab et al., 2022; Donders & Wang, 2023) che hanno indagato la relazione specifica tra opinioni soggettive sull'invecchiamento e resilienza psicologica, utilizzando come scala di misura il CD-RISC.

Nel capitolo successivo si presenterà una ricerca il cui scopo principale è stato di approfondire la relazione tra l'invecchiamento soggettivo – utilizzando *felt age*, (N)EBA, CCCI e VoCA – e la resilienza psicologica – utilizzando CD-RISC-10 –, in un campione di adulti e anziani con invecchiamento tipico.

CAPITOLO 2 – LA RICERCA

2.1 Obiettivi e ipotesi

Il presente studio è parte di un progetto di ricerca più ampio, volto a indagare la relazione tra le visioni e percezioni dei cambiamenti del proprio funzionamento cognitivo e del proprio invecchiamento, le caratteristiche e predisposizioni individuali (personalità e resilienza) e alcuni aspetti del funzionamento psicologico (riserva cognitiva, tono dell'umore, solitudine e qualità di vita) e cognitivo generale (attenzione, memoria), in adulti e anziani con invecchiamento tipico.

Lo studio che è stato condotto nel presente elaborato ha avuto l'obiettivo, in particolare, di analizzare la relazione tra opinioni soggettive dell'invecchiamento – in termini di età soggettiva, consapevolezza dei cambiamenti correlati all'invecchiamento, credenze essenzialiste e non essenzialiste nell'invecchiamento e visioni dell'invecchiamento cognitivo – e il funzionamento psicologico – in termini di resilienza psicologica – in adulti e anziani con invecchiamento tipico.

In linea con la letteratura (Mertens et al., 2012; Jeste et al., 2013; Rabheru, 2021; Aprahamian et al. 2022; Chen et al., 2024), si è ipotizzata un'associazione positiva tra una migliore percezione dell'invecchiamento e una maggiore resilienza psicologica in adulti e anziani del campione. È stato quindi esplorato se emergesse un pattern di associazione.

In particolare, si è ipotizzato che livelli maggiori di resilienza fossero associati, in linea con la letteratura, ad una minore età soggettiva (Aftab et al., 2022), una maggiore consapevolezza dei cambiamenti positivi correlati all'invecchiamento (Brothers et al., 2018), una minore consapevolezza dei cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento, e una preferenza per credenze non essenzialiste (Weiss, 2018; Park et al., 2018; Prati, 2024).

Infine, si è ipotizzato di poter evidenziare un ulteriore pattern di associazione tra una visione positiva rispetto al proprio invecchiamento cognitivo – misurata tramite VoCA, di cui non sono presenti studi in letteratura – e una percezione maggiore di resilienza psicologica.

2.2. Partecipanti

Hanno partecipato allo studio 303 partecipanti, tra adulti e anziani, di età compresa tra 40 e 89 anni ($M = 61.06$, $SD = 10.63$) (180 femmine). Di questi, ho contribuito nella raccolta dati con 40 partecipanti (24 femmine, 60%; 16 maschi, 40%), di cui 20 adulti tra i 40 e i 60 anni d'età e 20 anziani sopra i 60 anni, con invecchiamento tipico. Il reclutamento del campione è stato a carattere volontario.

A ciascun partecipante è stato spiegato lo scopo della ricerca, la procedura di somministrazione (luogo, tempistiche e strumenti) ed è stato garantito l'anonimato e la privacy nel trattamento dei dati tramite il consenso informato. Questo documento è stato letto e firmato in duplice copia, di cui una è rimasta in possesso del partecipante. I criteri di esclusione prevedevano:

i) un punteggio inferiore a 6 alla Geriatric Depression Scale (GDS 15-item; Yesavage, 1986) per entrambi i gruppi, al fine di escludere sintomatologia depressiva;

ii) il gruppo anziani doveva mostrare un punteggio corretto superiore a 26 nel Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975) per escludere segni di deterioramento cognitivo.

Le caratteristiche demografiche e le prestazioni nelle prove di screening sono riportate nella Tabella 1.

Tabella 1. Medie (M) e deviazioni standard (DS) delle caratteristiche demografiche e della prestazione nelle prove di screening per il campione totale.

<i>N = 303</i>	<i>Media</i>	<i>Deviazione Standard</i>
<i>Età (cronologica)</i>	61.06	10.63
<i>Femmine (n)</i>	180	-
<i>Scolarità</i>	12.13	4.15
<i>MMSE (corretto)</i>	29.03	1.14
<i>GDS</i>	1.26	1.29

Note: MMSE: *Mini Mental State Examination*; GDS: *Geriatric Depression Scale*

Da notare l'elevata variabilità dei dati relativi all'età, con una deviazione standard di 10.63.

Anche la scolarità, con una media di 12.13 (DS = 4.15), si distribuisce su un ampio range, da un minimo di 5 anni ad un massimo di 22.

2.3. Materiali¹

2.3.1 Misure di screening

▪ Domande sullo stato di salute generale

Questionario Conoscitivo (adattato da De Beni et al., 2008). Al partecipante vengono poste alcune domande di natura anagrafica (es. “quanti anni ha?”, genere, “è in pensione?”) e alcuni quesiti riguardanti il proprio benessere psico-fisico (es. “utilizza farmaci regolarmente?”, “pratica dell'attività fisica?”, “ha qualche hobby o interesse che coltiva?”).

▪ Funzionamento cognitivo globale

- * *Mini Mental State Examination (MMSE; Folstein et al., 1975).* Si tratta di uno strumento di screening composto da 30 item, somministrabile a soggetti anziani. Viene chiesto all'individuo di rispondere a delle semplici domande che fanno riferimento a sette aree cognitive (orientamento nel tempo, orientamento nello spazio, registrazione di parole, attenzione e calcolo, rievocazione, linguaggio, prassia costruttiva). La variabile dipendente valutata da questo test è il funzionamento cognitivo globale; maggiore il punteggio ottenuto (a seguito della correzione per età e scolarità del soggetto), migliori le capacità cognitive.

- *SVAMA - Scheda Valutazione Multidimensionale dell'Adulto e dell'Anziano (area cognitiva) (Gallina et al., 2006).* Strumento di screening utilizzato per valutare il funzionamento cognitivo generale dell'adulto e dell'anziano. Si compone di una serie di domande relative a informazioni

¹ Solo alcuni strumenti tra quelli descritti sono stati utilizzati per le analisi. Sono segnalati con un asterisco.

generiche (es. età, data di nascita, indirizzo) e altre volte a valutare diverse aree cognitive (es. “Chi è il Presidente della Repubblica?”, “Qual è il nome da giovane di sua madre?”, “Conti da 20 togliendo 3 fino in fondo”).

▪ **Umore**

* *Geriatric Depression Scale (GDS 15-item; Yesavage, 1986)*. Questionario che indaga il tono dell’umore. Una prima versione comprendeva 30 item (1982), mentre quella più recente ne include solamente 15. Si tratta di domande binarie, ovvero con risposta sì o no, a cui viene assegnato un punteggio di 0 o 1 (es. “Pensa che la sua situazione sia senza speranza?”). La variabile dipendente è data dal punteggio totale ottenuto dalla somma di ogni risposta, su una scala da 0 (nessun segno di sintomi depressivi) a 15 (probabile presenza di depressione), che riflette la presenza di sintomatologia depressiva.

2.3.1 Questionari

▪ **Percezione soggettiva dell’invecchiamento**

- * *Età soggettiva (“felt age”)*. Viene posta una domanda sull’età percepita dal partecipante (“Quanti anni si sente su una scala da 0 a 120 anni?”). I punteggi di discrepanza relativa (felt age_diff) sono stati calcolati come segue: $(\text{età soggettiva} - \text{età cronologica}) / \text{età cronologica}$ (Alonso Debreczeni e Bailey, 2021).

- *Domanda ad hoc sulle credenze essenzialiste nell’invecchiamento*. Viene posta una domanda sull’opinione del partecipante riguardo la natura dell’invecchiamento, su una scala dove 0 corrisponde a “l’invecchiamento è geneticamente predeterminato” e 100 corrisponde a “l’invecchiamento è malleabile”.

- *Questionario sulle percezioni dell'invecchiamento* - “*Aging Perceptions Questionnaire*” - (Barker et al., 2007). Questionario composto da otto sub-scale. Le prime sette, costituite da un totale di 32 item, indagano la visione del soggetto rispetto all'invecchiamento (es. “Mi sento sempre vecchio”, “Più invecchio, più divento saggio”, “Mi deprime a pensare all'effetto che l'invecchiamento potrebbe avere sulla mia vita sociale”, “Invecchiare rende tutto molto più difficile per me”, “La mia consapevolezza di invecchiare cambia parecchio da un giorno all'altro”); viene chiesto al partecipante di indicare il proprio grado di accordo rispetto a ciò che viene affermato in ciascun item, su una scala da 1 “Fortemente in disaccordo” a 5 “Fortemente d'accordo”. L'ottava sub-scala è composta da due domande e fa riferimento all'esperienza di cambiamenti di salute: al partecipante vengono elencate 17 problematiche legate alla salute (es. problemi di sonno, perdita di equilibrio, crampi, problemi di vista, depressione, ...), e viene chiesto di indicare se si tratta di un cambiamento che ha sperimentato negli ultimi 10 anni (1 = “Sì, 2 = “No”). Se la risposta è affermativa, il partecipante può procedere con la seconda domanda, ovvero se attribuisce questo cambiamento solo ed esclusivamente al processo di invecchiamento (1 = “Sì”) o se pensa che possa essere legato anche ad altri fattori (0 = “No”). La variabile dipendente nelle prime 7 sub-scale è data dalla somma dei punteggi ottenuti in ogni singola scala: punteggi più elevati indicano un forte grado di accordo rispetto alla specifica visione descritta dagli item. La variabile dipendente nell'ottava sub-scala è data dalla somma dei punteggi ottenuti per ogni cambiamento.

- * *Questionario sulle credenze essenzialiste e non essenzialiste nell'invecchiamento* – “(Non) essentialist Beliefs about Aging” (Weiss et al., 2016). Questionario costituito da 10 item, affermazioni che vogliono indagare le credenze rispetto al processo di invecchiamento. Si suddividono in credenze essenzialiste e non essenzialiste: rispettivamente, l'idea che i cambiamenti legati all'invecchiamento siano definitivi e immutabili (es. “L'invecchiamento è un processo biologico irreversibile e che non può essere influenzato”) e l'idea che siano invece modificabili (es.

“Tutti, indipendentemente dall’età, possono cambiare significativamente il modo in cui stanno invecchiando”). Viene chiesto al partecipante di esprimere il proprio grado di accordo rispetto ad ogni item su una scala che va da 0 = “In disaccordo” a 6 = “Completamente d’accordo”. La variabile indipendente è data dalla somma del punteggio ottenuto per ciascun item (gli item non-essenzialisti vengono valutati in modo inverso): punteggi più elevati corrispondono ad una visione più malleabile del processo di invecchiamento.

- * *Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all’Invecchiamento (CCCI) – Awareness of Age-Related Change (AARC)*; adattato da *Brothers et al., 2019*). Questionario composto da 50 affermazioni, che riguardano il modo in cui la persona a cui viene somministrato è consapevole delle esperienze e cambiamenti vissuti invecchiando. Ogni affermazione è preceduta dall’incipit “Con l’avanzare della mia età, mi rendo conto che...”. Viene chiesto al partecipante di indicare quanto ciascuna affermazione rispecchi la propria esperienza, su una scala che va da 1 (= per nulla) a 5 (= molto). Fanno riferimento a diversi domini: salute e funzionamento fisico, cognitivo, relazioni interpersonali, funzionamento sociale ed emotivo, stile di vita e coinvolgimento. Le variabili dipendenti corrispondono alla somma dei punteggi ottenuti riguardo due scale: CCCI-Benefici e CCCI-Danni. Punteggi più elevati nella prima corrispondono a una maggiore consapevolezza di cambiamenti positivi nell’invecchiamento, mentre punteggi più elevati nella seconda fanno riferimento a una maggiore consapevolezza di cambiamenti negativi.

- *Atteggiamenti Verso il Proprio Invecchiamento – “Attitudes Towards One’s Own Aging”* (adattato da *Lawton 1975*). Questionario composto da 5 item, 5 affermazioni che riguardano l’atteggiamento del partecipante rispetto il proprio invecchiamento, sia positivo (es. “Ora sono felice così come lo ero quando ero più giovane”) che negativo (es. “Più invecchio, meno mi sento utile”). Viene chiesto di segnare il proprio grado di accordo su una scala che va da “fortemente in disaccordo” a “fortemente

d'accordo". La variabile dipendente corrisponde alla somma dei punteggi assegnati agli item; punteggi alti indicano un atteggiamento più positivo, una maggiore accettazione e un migliore adattamento ai cambiamenti, rispetto al proprio invecchiamento.

- * *Questionario sulle visioni dell'invecchiamento cognitivo - "Views of Cognitive Aging questionnaire"* - (Sella, Carbone, Borella, under review). Questionario che indaga la visione soggettiva dei cambiamenti delle capacità mentali (come memoria e attenzione) associati all'invecchiamento, sia a livello generale sia nella singola esperienza del partecipante. Viene chiesto di indicare il proprio grado di accordo rispetto a 20 item, affermazioni che riguardano l'invecchiamento cognitivo, su una scala che va da 1 "Fortemente in disaccordo" a 5 "Fortemente d'accordo". La variabile dipendente è data dalla somma dei punteggi assegnati a ciascun item; punteggi elevati corrispondono a una percezione maggiormente positiva rispetto il proprio invecchiamento cognitivo.

▪ **Caratteristiche individuali**

- Big Five questionnaire (BFI 44-item; Ubbiali et al., 2013). Questionario di 44 item che indaga i 5 tratti di personalità secondo la teoria del Big-Five (Costa, e McCrae, 1999): apertura mentale, coscienziosità, estroversione, amicalità e stabilità emotiva. Al partecipante viene chiesto di indicare il proprio grado di accordo su una scala da 1 'Fortemente in disaccordo' a 5 'Fortemente d'accordo', in risposta ad ogni item ("Mi vedo come una persona che..."). Ogni dimensione di personalità presenta degli item specifici, la cui media si distribuisce su una scala da 1 a 5. La variabile dipendente per ogni dimensione è data dalla media ottenuta dalle risposte; punteggi elevati indicano livelli maggiori della specifica dimensione di personalità.

- * Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-10; Campbell & Stein, 2007): forma abbreviata del questionario CD-RISC-25 (Connor & Davidson, 2003), che indaga la resilienza psicologica. Viene chiesto al partecipante di rispondere a 10 item, indicando la propria esperienza su una scala che va da 0 (= mai vero) a 4 (= quasi sempre vero). Sono domande atte a valutare la capacità di affrontare e resistere ad esperienze e condizioni negative (es. “Sono in grado di adattarmi al cambiamento”). La variabile dipendente è data dalla somma dei punteggi ottenuti rispetto a ciascuna risposta. Più elevato è il punteggio, maggiore sarà la capacità di resilienza psicologica.

▪ Solitudine e reti sociali

- 6-item De Jong Gierveld Loneliness Scale (de Jong e Tilburg, 2006): questionario che indaga il grado di solitudine emotivo e sociale. Inizialmente composto da 11 item (1985), ne è stata sviluppata e convalidata una versione abbreviata, che ne presenta 6. Per ognuno di essi, viene chiesto al partecipante di dare una risposta su una scala che include “No”, “Più o meno” e “Sì”. Risposte positive ad alcune domande permettono di valutare la solitudine emotiva (es. “Percepisco un generale senso di vuoto”), mentre risposte negative ad altre la solitudine sociale (es. “Ci sono molte persone di cui mi posso fidare completamente”). La variabile dipendente è il punteggio ottenuto dalla somma delle risposte, che riflette il grado totale di solitudine, da 0 (il partecipante non prova solitudine) a 6 (il partecipante prova una grave solitudine).

- *Questionario sulle reti sociali – “Lubben Social Network Scale” (Lubben et al., 2006).* Questionario composto da 6 item, volto a valutare le reti sociali del partecipante. Le domande si possono distinguere in due categorie: 3 item fanno riferimento alla famiglia, 3 item alle amicizie. Viene chiesto al soggetto di indicare il numero di familiari/amici che “vede o sente almeno una volta al mese”, “con cui si sente a suo agio a parlare di cose private” e che “sente così vicino da poter chiamare se ha bisogno di aiuto”. Le risposte si distribuiscono su una scala Likert da 0 (= “nessuno”)

a 5 (= “Più di nove”). La variabile dipendente è data dalla somma dei punteggi ottenuti da ciascun item, in un range che può variare da 0 a 30. Punteggi più elevati indicano un grado maggiore di coinvolgimento sociale.

▪ **Qualità di vita**

World health organization quality of life assessment – BREF version (WHOQOL Group, 1998).

Versione abbreviata del questionario WHOQOL-100 (WHO, 1998), composto da 26 item. Indaga la percezione della qualità di vita dell'individuo, considerando 4 domini: salute fisica (es. “Quanto è soddisfatto di come dorme?”), salute psicologica (es. “Quanto spesso prova sentimenti negativi come tristezza, rabbia, ansia, depressione?”), relazioni sociali (es. “Quanto è soddisfatto dalle sue relazioni personali?”) e condizioni ambientali (es. “Quanto si sente al sicuro nella vita di tutti i giorni?”). La variabile dipendente è la somma del punteggio totale e delle sottoscale, in cui maggiore il punteggio, migliore la qualità di vita percepita generale e nei 4 domini.

▪ **Riserva cognitiva**

Current and retrospective cognitive reserve (Borella et al., 2023). Questionario multidimensionale, composto da 23 item che indagano la riserva cognitiva corrente e retrospettiva. Le domande spaziano su 5 dimensioni: status socio-economico (es. “Qual è il più alto grado di istruzione che ha raggiunto?”, “Quanto è difficoltoso per lei arrivare a fine mese?”); famiglia e coinvolgimento familiare (es. “È sposato/a o ha un/a compagno/a?”, “Ha figli?”, qualità delle relazioni, mezzi per rimanere in contatto con la famiglia); tempo libero (attività fisica, attività creativa, attività mentale); coinvolgimento sociale (volontariato, partecipazione ad associazioni, eventi pubblici); spiritualità (attività individuali e di comunità). Ad eccezione del coinvolgimento familiare, ogni dimensione viene valutata a livello corrente e retrospettivo. Quest'ultimo fa riferimento alla prima età adulta, che è stata posta indicativamente in un range tra i 20 e i 40 anni. Le risposte sono fornite su scale Likert

da 0 a 4, ad eccezione del grado di istruzione raggiunto (7 opzioni). In particolare, gli item relativi alla frequenza di partecipazione ad attività (sociali, spirituali e di tempo libero) si distribuiscono su una scala che va da “0 = mai” a “4 = sempre, tutti i giorni”. La variabile indipendente si ottiene dalla somma dei punteggi di ogni item: punteggi più elevati corrispondono a maggiori esperienze e attività “cognitivamente stimolanti”, e di conseguenza una più ampia riserva cognitiva.

2.3. Prove cognitive

- *D2 test (adattamento Ciancaleoni & Fossati, 2016)*. Prova cognitiva il cui obiettivo è la valutazione dell'attenzione, tramite velocità e precisione. È composto da 14 righe su cui sono riportate diverse lettere (“d” e “p”), che presentano dei trattini (da 1 a 4). Al partecipante viene chiesto di individuare e segnare solamente le “d” con due trattini, che siano essi entrambi sopra la lettera stessa, entrambi sotto oppure uno sopra e uno sotto. Altre varianti sono da ignorare, così come tutte le lettere “p”. Si chiede di procedere il più velocemente possibile, senza fare errori, per 20 secondi, allo scadere dei quali il somministratore ricorda di passare alla riga successiva. Dopo aver inserito alcuni dati relativi al partecipante (età, sesso, scolarità, professione, uso di occhiali e mano dominante) e aver dato le istruzioni necessarie per lo svolgimento del test, il somministratore procede con due esempi. Dopo essersi assicurato della comprensione del compito, può iniziare il test. La variabile dipendente è il numero di risposte corrette (“d” con due trattini) e il numero di risposte sbagliate fornite dal partecipante. Maggiore il numero di risposte corrette, migliore l'attenzione del partecipante; maggiore invece il numero di risposte sbagliate, minore l'attenzione.

- *Confronto di simboli - “Pattern comparison” (adattato da Salthouse e Babcock, 1991)*. Prova cognitiva che valuta la velocità di elaborazione visiva. Al partecipante viene chiesto di mettere a confronto coppie di simboli, figure astratte composte da linee, poste l'una di fianco all'altra. Il compito consiste nel determinare se le due immagini sono uguali o diverse, nel minor tempo

possibile, senza fare errori e rispondendo ad ogni coppia. Se risultano uguali, viene chiesto di scrivere la lettera “S” in mezzo ai due simboli (‘Sì, sono uguali’); in caso contrario, segnare “N” (‘No, non sono uguali’). Dopo aver chiesto di completare tre item di esempio per accertarsi della comprensione del compito, lo sperimentatore procede con la somministrazione della prova: vengono presentati due fogli, contenenti 30 coppie di simboli ciascuno.

La variabile dipendente misurata è il tempo (in secondi) impiegato dal partecipante per completare separatamente la prima pagina e, successivamente, la seconda. Minore il tempo complessivo impiegato, migliore la velocità di elaborazione.

- *Span di Cifre all'indietro* (De Beni et al., 2008). Prova cognitiva volta a valutare la memoria di lavoro del partecipante. È composta da 7 livelli, ciascuno diviso in due serie. Viene letta una sequenza di cifre (di lunghezza crescente per ogni livello, da 2 a 8 numeri) e viene chiesto al partecipante di ripeterla nell'ordine inverso, dopo aver ricevuto un cenno dallo sperimentatore. Il test si interrompe quando il soggetto sbaglia a ripetere entrambe le prove di uno stesso livello. La variabile dipendente corrisponde alla somma delle serie ripetute correttamente. Più alto il numero di serie ripetute, migliore la memoria del partecipante.

2.4. Procedura

La somministrazione di questionari e prove cognitive è avvenuta per ciascun partecipante in due sessioni della durata di circa 40-50 minuti, svolte nell'arco di sette giorni presso il domicilio del partecipante, previo accordo con lo sperimentatore.

Durante il primo incontro sono stati presentati brevemente il contenuto e le finalità della ricerca.

È stata richiesta la compilazione e firma in duplice copia del consenso informato, dopo aver permesso al partecipante di leggere le informazioni riportate sul documento (descrizione, metodologia e procedura della ricerca, privacy e trattamento dei dati).

Una copia del modulo è stata consegnata al partecipante, l'altra è rimasta in possesso dello sperimentatore.

In particolare, è stata specificata la possibilità di potersi ritirare dallo studio in qualunque momento, senza fornire spiegazioni, senza alcuna penalizzazione e ottenendo il non utilizzo dei dati.

Inoltre, il partecipante è stato informato che i dati sarebbero stati raccolti in forma confidenziale (tramite un codice).

Gli incontri si sono svolti in un ambiente sicuro e tranquillo, l'abitazione del partecipante, in modo che si potesse sentire a suo agio e non subire interruzioni.

Con l'eccezione di un questionario conoscitivo e della S.Va.M.A (compilati con l'aiuto dello sperimentatore, rispettivamente all'inizio del primo e del secondo incontro), la compilazione dei questionari è avvenuta individualmente, utilizzando la piattaforma Qualtrics sul computer dello sperimentatore.

È doveroso specificare che per alcuni dei partecipanti più anziani la compilazione al computer è avvenuta con l'ausilio dello sperimentatore.

Le diverse prove cognitive (si veda descrizione al Paragrafo 2.3.2. – Strumenti) sono state somministrate cartacee in alternanza alla compilazione dei questionari, per evitare il rischio di sovraccarico cognitivo: in questo modo è stata limitata la possibilità di ottenere risultati alterati nelle prove, mantenendo una buona prestazione, e si è cercato di evitare che la stanchezza nella compilazione dei questionari avesse un impatto sugli stessi (risposte superficiali o sbrigative).

Al termine di ogni prova è stato richiesto un feedback e, nei casi in cui è stata riferita stanchezza, si sono presi accorgimenti (brevi pause) per far sì che il partecipante si sentisse a suo agio nel proseguire.

Durante la compilazione individuale dei questionari, è stato calcolato il punteggio delle prove cognitive, in modo da poterlo inserire nell'ultima schermata del programma Qualtrics.

La Tabella 2 mostra nel dettaglio l'ordine di somministrazione delle prove.

Tabella 2. Ordine di somministrazione delle prove

	Prima sessione	Seconda sessione
Fase di screening	<i>MMSE*</i> <i>Questionario conoscitivo</i>	<i>SVAMA</i>
Questionari e prove cognitive	<i>Views of Cognitive Aging questionnaire</i> <i>Età soggettiva</i> <i>D2 test*</i> <i>BFI 44-item</i> <i>Pattern comparison*</i> <i>Aging Perceptions Questionnaire</i> <i>6-item De Jong Gierveld Loneliness Scale</i> <i>GDS 15-item</i>	<i>(Non)essentialist Beliefs about Aging</i> <i>WHOQOL, BREF version</i> <i>AARC</i> <i>Span di cifre all'indietro*</i> <i>Domanda ad hoc su credenza essenzialista</i> <i>CD-RISC-10</i> <i>ATOA</i> <i>The current and retrospective cognitive reserve</i> <i>Lubben Social Network Scale</i>

*Il test è stato somministrato cartaceo

2.5 Analisi statistiche

Per esplorare le relazioni tra opinioni soggettive sull'invecchiamento “generali” – [N]EBA e VoCA generali (e le relative sottoscale) – sia “personali” – età soggettiva, AToA, CCCI (CCCI-Benefici, CCCI-Danni e le relative sottoscale) e VoCA personali (e le relative sottoscale) –, la resilienza psicologica – punteggio totale al CD-RISC-10 –, e le variabili sociodemografiche – età cronologica, genere e scolarità – sono state eseguite analisi di correlazione lineare (r di Pearson).

Successivamente sono state condotte analisi di regressione lineare multipla per indagare il ruolo delle opinioni soggettive sull'invecchiamento e sull'invecchiamento cognitivo, sia “generali” sia “personali”, nello spiegare la porzione di varianza (coefficiente R^2) per individuare i predittori significativi della resilienza psicologica.

Le analisi sono state effettuate utilizzando il software statistico R (R Core Team, 2022).

2.6 Risultati

2.6.1 Analisi descrittive del campione

Il campione totale è composto da 303² partecipanti, tra adulti e anziani, di età compresa tra 40 e 89 anni (M = 61.06, DS = 10.63) (180 femmine).

Nella Tabella 3 sono riportate le statistiche descrittive (media e deviazione standard) delle variabili usate nell'analisi.

Tabella 3. Statistiche descrittive (media [M] e deviazione standard [DS]) per le variabili demografiche (età, genere, scolarità), età soggettiva (felt age), credenze (non)essentialiste (NEBA, EBA), consapevolezza dei cambiamenti correlati all'invecchiamento (Benefici e Danni, e sottoscale), VoCA (VOCA-1, Positivo/malleabile, VOCA-1, Negativo/fisso, VOCA-2, Controllabilità, VOCA-2, Incontrollabilità), e resilienza psicologica (CD-RISC-10).

<i>N = 303</i>	<i>Media^P</i>	<i>Dev.Std</i>
<i>Età (cronologica)</i>	61.06	10.63
<i>Femmine (n)</i>	180	-
<i>Scolarità</i>	12.13	4.15
<i>Età soggettiva (felt age)</i>	-0.11	0.14
<i>NEBA</i>	23.16	3.88
<i>EBA</i>	16.73	5.07
<i>CCCI, Benefici</i>	84.72	16.39
<i>CCCI, Danni</i>	50.41	12.66
<i>VOCA-1, Positivo/malleabile</i>	15.16	3.12
<i>VOCA-1, Negativo/fisso</i>	16.64	3.74
<i>VOCA-2, Controllabilità</i>	15.53	2.79
<i>VOCA-2, Incontrollabilità</i>	17.47	6.27
<i>CD-RISC, Resilienza psicologica</i>	34.17	6.45

Note. NEBA = “(Non) essentialist Beliefs about Aging; EBA = Essentialist Beliefs about Aging; CCCI = Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all’Invecchiamento; VoCA = Views of Cognitive Aging questionnaire; CD-RISC = Connor-Davidson Resilience Scale.

² Per questo campione, ho contribuito alla raccolta dati di 40 partecipanti (20 adulti [40-60 anni] e 20 anziani [over 60 anni]).

2.6.2 Analisi di correlazione

- *Correlazioni tra opinioni soggettive sull'invecchiamento e resilienza psicologica*

Dall'analisi è emersa una correlazione statisticamente significativa negativa e piccola tra età soggettiva (*felt age*) e CD-RISC ($r = -.147, p = .010$), ad indicare che una maggiore età soggettiva è associata a una peggiore percezione di resilienza psicologica. I soggetti che hanno riferito di sentirsi più vecchi rispetto alla propria età cronologica hanno riportato maggiori difficoltà a gestire e superare le avversità.

Rispetto al questionario sulle credenze (non)essenzialiste sull'invecchiamento, il CD-RISC correla in maniera statisticamente significativa negativa e piccola con la sottoscala EBA ($r = -.116, p = .043$), suggerendo che una visione più essenzialista, ovvero più fissa e immutabile, dell'invecchiamento, è legata ad una percezione di livelli di resilienza psicologica inferiori. Al contrario, è emersa una correlazione statisticamente positiva e moderata tra CD-RISC e NEBA ($r = .326, p < .001$), per cui i soggetti che tendono a preferire una visione più malleabile dell'invecchiamento riportano una maggiore percezione di resilienza psicologica.

È emersa, inoltre, una correlazione negativa e moderata tra CCCI-Danni e CD-RISC ($r = -.243, p < .001$). Questo sembrerebbe indicare che una maggiore consapevolezza di cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento (danni) possa essere associata in modo significativo a una minore percezione di resilienza psicologica. Dall'altra parte, una maggiore consapevolezza di cambiamenti positivi correlati all'invecchiamento (benefici) è legata a una migliore percezione nel gestire avversità, come si può evincere dalla correlazione positiva e moderata tra CCCI-Benefici e CD-RISC ($r = .413, p < .001$).

Sono emerse, inoltre, diverse correlazioni statisticamente significative tra le sottoscale del VoCA e il CD-RISC. Tra queste, il CD-RISC correla in maniera positiva e moderata con il VOCA-1, Positivo/malleabile ($r = .309, p < .001$) e il VOCA-2, Controllabilità ($r = .348, p < .001$), suggerendo che una percezione positiva rispetto alla resilienza psicologica è legata ad un

atteggiamento favorevole nei confronti dell'invecchiamento cognitivo, in particolare ad una visione più flessibile e ad una percezione di maggiore controllo.

Tuttavia, non emergono correlazioni significative tra il CD-RISC e le altre sottoscale del VoCA, ovvero VOCA-1, Negativo/fisso e VOCA-2, Incontrollabilità; questo indica che una visione più negativa e di mancanza di controllo sull'invecchiamento cognitivo non sembra essere associata in modo rilevante alla percezione della propria resilienza psicologica.

- *Correlazioni tra opinioni soggettive (generalì e personali) sull'invecchiamento*

Sono emerse numerose correlazioni statisticamente significative tra le diverse opinioni soggettive sull'invecchiamento.

Rispetto alle opinioni soggettive generali, non sono emerse correlazioni significative tra (N)EBA ed età soggettiva.

Per quanto riguarda il questionario sulle credenze (non)essenzialiste sull'invecchiamento, sono emerse diverse correlazioni significative con altre variabili e all'interno del questionario stesso. Dall'analisi è emersa una correlazione negativa e moderata tra NEBA e EBA ($r = -.369$), confermando che in presenza di una visione più malleabile dell'invecchiamento diminuiscono di conseguenza le credenze essenzialiste riguardo ad esso, e viceversa.

Inoltre, le credenze non-essenzialiste (NEBA) correlano in modo significativo con CCCI-Benefici ($r = .185, p = .001$ correlazione positiva e piccola), con CCCI-Danni ($r = -.299, p < .001$ correlazione negativa e moderata), con le sottoscale VOCA-1, Positivo/malleabile ($r = .375, p < .001$ correlazione positiva e moderata), VOCA-2, Controllabilità ($r = .356, p < .001$ correlazione positiva e moderata) e VOCA-2, Incontrollabilità ($r = -.113, p = .049$ correlazione negativa e piccola), per cui partecipanti che hanno riportato una visione più flessibile rispetto all'invecchiamento hanno riportato una percezione maggiore di benefici e minore di danni legati al processo di invecchiamento, oltre che un'idea più malleabile e di controllo dei cambiamenti cognitivi legati all'età.

Per quanto riguarda le credenze essenzialiste (EBA), sono emerse correlazioni significative con CCI-Danni ($r = .336$, correlazione positiva e moderata), a indicare che una percezione più fissa e definitiva del processo di invecchiamento è associata a una maggiore consapevolezza dei cambiamenti negativi legati all'età.

Le credenze essenzialiste inoltre correlano con alcune sottoscale del VoCA: in particolare, VOCA-1, Positivo/malleabile ($r = -.278$, $p < .001$ correlazione negativa e moderata), VOCA-1, Negativo/fisso ($r = .293$, $p < .001$ correlazione positiva e moderata), e VOCA-2, Incontrollabilità ($r = .227$, $p < .001$ correlazione positiva e moderata), in linea con quanto emerso per le credenze non-essenzialiste.

Rispetto alle opinioni soggettive personali, si può osservare una correlazione positiva e piccola tra età soggettiva e CCCI-Danni ($r = .115$, $p = .046$), per cui i partecipanti che hanno riferito di sentirsi più vecchi della propria età hanno riportato maggiore consapevolezza di cambiamenti negativi correlati all'invecchiamento. Non sono emerse, invece, correlazioni significative tra età soggettiva e CCCI-Benefici.

All'interno del questionario VoCA, sono emerse diverse correlazioni tra età soggettiva e le quattro sottoscale: in particolare, correlazioni negative con VOCA-1, Positivo/malleabile ($r = -.167$, $p = .004$) e con VOCA-2, Controllabilità ($r = -.215$, $p < .001$), a indicare che una maggiore età soggettiva è associata a una percezione meno positiva e di controllo sull'invecchiamento cognitivo.

A supportare quest'analisi, sono emerse correlazioni positive tra l'età soggettiva con le sottoscale VOCA-1, Negativo/fisso ($r = .154$, $p = .007$) e VOCA-2, Incontrollabilità ($r = .260$, $p < .001$), suggerendo un legame tra sentirsi più anziani della propria età e una percezione negativa e di assenza di controllo rispetto all'invecchiamento cognitivo.

Per quanto riguarda il CCCI, non sono emerse correlazioni significative tra Benefici e Danni. Sono invece presenti delle correlazioni con le sottoscale del VoCA.

In particolare, sono interessanti le correlazioni positive emerse tra CCCI-Benefici e VOCA-1, Negativo/fisso ($r = .143$, $p = .013$ correlazione piccola), e VOCA-2, Incontrollabilità ($r = .133$, $p =$

.020), a indicare che all'aumentare della consapevolezza dei cambiamenti positivi legati all'età sembra essere presente una visione negativa e di assenza di controllo rispetto all'invecchiamento cognitivo.

Si possono comunque osservare correlazioni positive più significative tra CCCI-Benefici e VOCA-1, Positivo/malleabile ($r = .204, p < .001$), e VOCA-2, Controllabilità ($r = .207, p < .001$), entrambe moderate.

D'altra parte, CCCI-Danni correlano in maniera più coerente con VOCA-1, Positivo/malleabile ($r = -.167, p = .003$) e VOCA-2, Controllabilità ($r = -.170, p = .003$), entrambe correlazioni negative e piccole, e con VOCA-1, Negativo/fisso ($r = .217, p < .001$) e VOCA-2, Incontrollabilità ($r = .376, p < .001$), entrambe positive e moderate.

Infine, sono emerse alcune correlazioni significative all'interno delle sottoscale del VoCA.

La sottoscala VOCA-1, Positivo/malleabile, correla in modo positivo e moderato con la sottoscala VOCA-2, Controllabilità ($r = .496, p < .001$), a indicare che una visione più positiva e flessibile rispetto al proprio invecchiamento cognitivo è associata a una percezione maggiore di controllo rispetto allo stesso.

A maggior ragione, VOCA-1, Positivo/malleabile, correla in modo negativo con VOCA-2, Incontrollabilità ($r = -.188, p < .001$ correlazione piccola).

A sua volta, la sottoscala VOCA-1, Negativo/fisso, correla in modo positivo e moderato con VOCA-2, Incontrollabilità ($r = .501, p < .001$), suggerendo che una visione più negativa e definitiva rispetto al proprio invecchiamento cognitivo è associata a una percezione maggiore di mancanza di controllo rispetto allo stesso.

Infine, le sottoscale VOCA-2, Controllabilità e Incontrollabilità correlano tra loro in modo negativo ($r = -.168, p = .003$ correlazione piccola), a indicare che all'aumentare della percezione di una, l'altra diminuisce.

- *Correlazioni tra sociodemografiche, resilienza psicologica, e opinioni soggettive sull'invecchiamento*

Dall'analisi sono emerse diverse correlazioni statisticamente significative tra le variabili sociodemografiche dei soggetti e le opinioni soggettive sull'invecchiamento.

Non sono presenti, tuttavia, correlazioni significative con la resilienza psicologica, né per l'età cronologica, né per il genere, né per la scolarità. Questo sembrerebbe suggerire che le variabili sociodemografiche non siano così rilevanti nella percezione di resilienza psicologica.

L'età cronologica correla in modo significativo con la scolarità ($r = -.340, p < .001$ correlazione negativa e moderata), a indicare che i soggetti più anziani presentano una scolarità più bassa, come ci si potrebbe aspettare.

Sono emerse, inoltre, correlazioni tra età cronologica e NEBA ($r = -.122, p = .033$ correlazione negativo e piccola), EBA ($r = .195, p < .001$ correlazione positiva e piccola), CCCI-Benefici ($r = .154, p = .007$ correlazione positiva e piccola), CCCI-Danni ($r = .319, p < .001$ correlazione positiva e moderata), VOCA-1, Positivo/malleabile ($r = -.136, p = .018$ correlazione negativa e piccola), VOCA-1, Negativo/fisso ($r = .120, p = .037$ correlazione positiva e piccola), e VOCA-2, Incontrollabilità ($r = .241, p < .001$ correlazione positiva e moderata).

Ciò suggerisce che, con l'avanzare dell'età, sembrerebbe essere più presente una visione negativa e fissa dell'invecchiamento, non malleabile. Questo si applicherebbe anche in ambito cognitivo, con una sensazione di mancanza di controllo sui cambiamenti dettati dall'invecchiamento cognitivo.

Tuttavia, l'analisi suggerisce anche una maggiore consapevolezza dei cambiamenti positivi legati all'età (seppur minore rispetto ai cambiamenti negativi).

Non è emersa, invece, una correlazione significativa tra età cronologica e età soggettiva, a indicare che non sembra essere presente un'associazione rilevante tra l'età effettiva e l'età percepita dai soggetti.

È emersa una correlazione significativa positiva e piccola tra il genere e la sottoscala VOCA-1,

Negativo/fisso ($r = .119, p = .038$).

Ciò suggerisce che, in media, le differenze di punteggio nel VOCA-1, Negativo/fisso aumentano leggermente a seconda del genere.

Non sono emerse, invece, altre correlazioni significative tra il genere dei soggetti e le altre variabili di interesse.

Per quanto riguarda la scolarità del campione, sono emerse numerose correlazioni significative al di fuori dell'età cronologica.

Infatti, la scolarità correla con NEBA ($r = .119, p = .039$ correlazione positiva e piccola), EBA ($r = -.276, p < .001$ correlazione negativa e moderata), CCCI-Benefici ($r = -.184, p = .001$ correlazione negativa e piccola), CCCI-Danni ($r = -.171, p = .003$ correlazione negativa e piccola), VOCA-1, Positivo/malleabile ($r = .199$, correlazione positiva e piccola), VOCA-1, Negativo/fisso ($r = -.166, p = .004$ correlazione negativa e piccola), VOCA-2, Controllabilità ($r = .114, p = .047$ correlazione positiva e piccola), e VOCA-2, Incontrollabilità ($r = -.216, p < .001$ correlazione negativa e moderata).

Ciò suggerisce che, con l'aumentare della scolarità, venga preferita una visione più positiva e malleabile dell'invecchiamento, anche cognitivo (di cui è percepito inoltre un maggiore controllo).

È interessante, invece, come un più alto grado di istruzione sia associato ad una minore consapevolezza dei cambiamenti positivi legati all'età, perfino inferiore rispetto ai cambiamenti negativi.

Nella Tabella 4 sono riportati gli indici di correlazione tra le diverse variabili.

Tabella 4. Correlazioni tra le variabili di interesse.

<i>N = 303</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>	<i>11</i>	<i>12</i>	<i>13</i>
<i>1. Età (cronologica)</i>													
<i>2. Genere</i>	-0.082												
<i>3. Scolarità</i>	-0.340***	-0.031											
<i>4. Età soggettiva (felt age)</i>	-0.073	-0.050	0.033										
<i>5. NEBA</i>	-0.122*	0.022	0.119*	-0.080									
<i>6. EBA</i>	0.195***	0.043	-0.276***	0.042	-0.369***								
<i>7. CCCI, Benefici</i>	0.154**	0.099	-0.184**	0.040	0.185**	0.019							
<i>8. CCCI, Danni</i>	0.319***	0.097	-0.171**	0.115*	-0.299***	0.336***	0.091						
<i>9. VOCA-1, Positivo/malleabile</i>	-0.136*	0.036	0.199***	-0.167**	0.375***	-0.278***	0.204***	-0.167**					
<i>10. VOCA-1, Negativo/fisso</i>	0.120*	0.119*	-0.166**	0.154**	-0.072	0.293***	0.143*	0.217***	-0.004				
<i>11. VOCA-2, Controllabilità</i>	0.002	0.012	0.114*	-0.215***	0.356***	-0.103	0.207***	-0.170**	0.496***	0.107			
<i>12. VOCA-2, Incontrollabilità</i>	0.241***	0.012	-0.216***	0.260***	-0.113*	0.227***	0.133*	0.376***	-0.188***	0.501***	-0.168**		
<i>13. CD-RISC, Resilienza psicologica</i>	0.014	-0.032	0.055	-0.147*	0.326***	-0.116*	0.413***	-0.243***	0.309***	0.108	0.348***	0.006	

Note. NEBA = “(Non) essentialist Beliefs about Aging; EBA = Essentialist Beliefs about Aging; CCCI = Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all’Invecchiamento; VoCA = Views of Cognitive Aging questionnaire; CD-RISC = Connor-Davidson Resilience Scale.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

2.6.3 Analisi di Regressione

CD-RISC, Resilienza psicologica

Il modello spiega il 35% della varianza totale rispetto alle risposte al questionario CD-RISC-10 sulla resilienza psicologica ($R^2 = .352$; R^2 aggiustato = $.325$; si veda la Tabella 5).

Per quanto riguarda le opinioni soggettive sull'invecchiamento, l'età soggettiva (*felt age*) è risultata un predittore significativo ($B = -5.96$, $CI = -10.66$; -1.26 , $p = .013$), ad indicare che coloro che riferiscono di sentirsi “più giovani” rispetto alla propria età cronologica hanno una percezione maggiore della propria resilienza, della propria capacità di affrontare e superare avversità (Figura 3a). Tra le altre variabili relative alle opinioni personali sull'invecchiamento, sia la variabile CCCI-Benefici ($B = .15$, $CI = .11$; $.19$, $p < .001$) che la variabile CCCI-Danni ($B = -.12$, $CI = -.18$; $-.07$, $p < .001$) sono risultate predittori significativi, ad indicare rispettivamente che coloro che hanno una consapevolezza maggiore dei cambiamenti positivi (guadagni) legati all'età hanno una percezione più alta di resilienza psicologica e che, al contrario, coloro che hanno una consapevolezza maggiore dei cambiamenti negativi (perdite) correlati all'invecchiamento percepiscono una resilienza inferiore (Figura 3c e Figura 3d).

Per quanto riguarda le opinioni generali sull'invecchiamento, la variabile NEBA è risultata essere l'unico predittore significativo ($B = .20$, $CI = -.02$; $.39$, $p = .032$), ad indicare che coloro che hanno riportato una visione più malleabile e flessibile rispetto all'invecchiamento percepiscono una resilienza maggiore (Figura 3b).

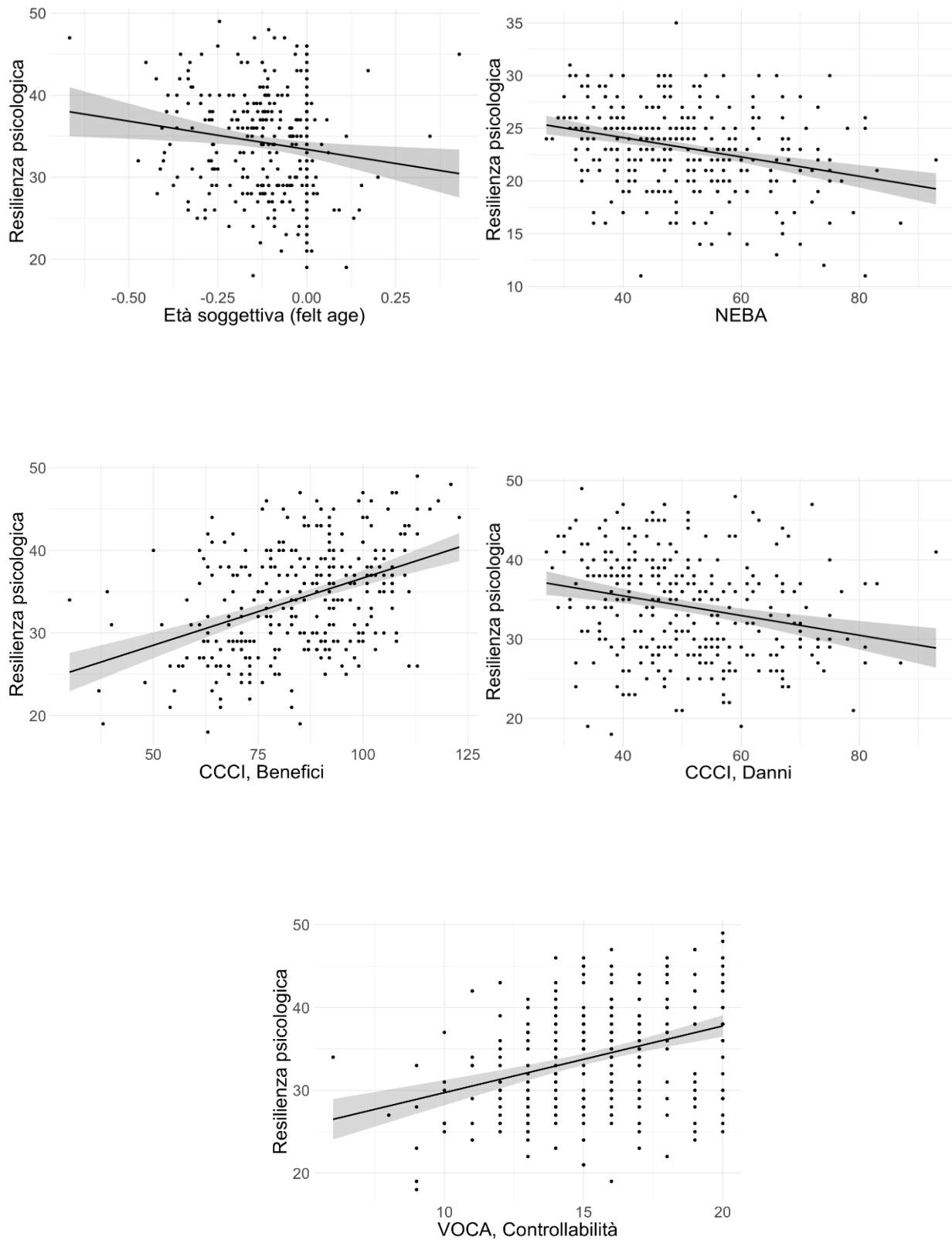
Quanto alle opinioni soggettive sull'invecchiamento cognitivo, la variabile VoCA-2-Controllabilità è emersa come unico predittore significativo ($B = .27$, $CI = .00$; $.54$, $p = .047$), ad indicare che coloro che hanno una maggiore percezione di controllo rispetto agli effetti dell'età sul proprio funzionamento cognitivo hanno una percezione migliore della propria resilienza psicologica (Figura 3e). Tra le variabili sociodemografiche, età, genere e scolarità sono risultati predittori non significativi.

Tabella 5. Modello di regressione lineare per il CD10-RISC (resilienza psicologica) rispetto alle variabili sociodemografiche (età, genere, scolarità), età soggettiva (felt age), credenze (non)essentialiste sull'invecchiamento (NEBA, EBA), consapevolezza dei cambiamenti correlati con l'invecchiamento (CCCI), e VoCA (VOCA-1, Positivo/malleabile, VOCA-1, Negativo/fisso, VOCA-2, Controllabilità, VOCA-2, Incontrollabilità).

<i>Predittori</i>	<i>B</i>	<i>CI</i>	<i>P-value</i>
Intercetta	9.50	1.38 – 17.62	0.022
Età (cronologica)	0.03	-0.04 – 0.09	0.446
Genere	-0.85	-2.11 – 0.40	0.183
Scolarità	0.14	-0.02 – 0.31	0.083
Età soggettiva (felt age)	-5.96	-10.66 – -1.26	0.013
NEBA	0.20	0.02 – 0.39	0.032
EBA	0.02	-0.12 – 0.16	0.792
CCCI, Benefici	0.15	0.11 – 0.19	<0.001
CCCI, Danni	-0.12	-0.18 – -0.07	<0.001
VOCA-1, Positivo/malleabile	0.16	-0.08 – 0.40	0.183
VOCA-1, Negativo/fisso	0.16	-0.04 – 0.36	0.112
VOCA-2, Controllabilità	0.27	0.00 – 0.54	0.047
VOCA-2, Incontrollabilità	0.09	-0.03 – 0.22	0.143
R² / R² adjusted			.352 / .325

Note. NEBA = “(Non) essentialist Beliefs about Aging; EBA = Essentialist Beliefs about Aging; CCCI = Consapevolezza dei Cambiamenti Correlati all’Invecchiamento; VoCA = Views of Cognitive Aging questionnaire; CD-RISC = Connor-Davidson Resilience Scale.

Figura 3. Punteggio totale al CD10-RISC in funzione di a) felt age, b) NEBA, c) CCCI, Benefici, d) CCCI, Danni, e e) VOCA-2, Controllabilità.



DISCUSSIONE E CONCLUSIONE

Nell'ambito della psicologia dell'invecchiamento, sono sempre più numerosi gli studi che dimostrano un interesse per la relazione tra la percezione soggettiva del proprio invecchiamento e il funzionamento psicologico.

Il presente elaborato si è posto l'obiettivo di indagare, nello specifico, l'associazione tra le opinioni soggettive sull'invecchiamento e il funzionamento psicologico, in particolare in riferimento al concetto di resilienza psicologica, in adulti e anziani con invecchiamento tipico.

In linea con la letteratura precedente e le ipotesi dello studio, dai risultati emersi sia dalle analisi correlazionali e di regressione lineare, è stata rilevata una relazione significativa tra l'età soggettiva (ovvero la discrepanza tra sentirsi più giovani rispetto la propria età cronologica)- e resilienza psicologica, mettendo in luce come sentirsi “più giovani” porti adulti e anziani a percepire una capacità individuale maggiore di affrontare – e superare – avversità e cambiamenti negativi (Aftab et al., 2022).

Risultati interessanti sono emersi anche per quanto riguarda la consapevolezza di guadagni e perdite legati al proprio invecchiamento. Rispetto agli studi presenti in letteratura che hanno indagato la relazione tra CCCI-Benefici e resilienza psicologica (Brothers et al., 2018), i risultati emersi da questo studio sono in linea con quanto presente nella letteratura precedente. Infatti, i partecipanti che hanno riportato di avere una maggior consapevolezza dei guadagni derivati dal proprio invecchiamento hanno riportato di percepirsi più resilienti. Questi risultati sono sostenuti a loro volta dalla relazione significativa e negativa che è emersa nei dati tra CCCI-Danni e resilienza psicologica, ad indicare che coloro che percepiscono maggiori cambiamenti negativi riportano anche una minore capacità e resilienza psicologica.

Questi risultati sottolineano come i benefici legati all'invecchiamento – rispetto alla consapevolezza delle perdite ad esso associati – porti adulti e anziani a percepirsi più capaci di gestire efficacemente le proprie risorse psicologiche, e far fronte a difficoltà e cambiamenti

inevitabilmente legati all'età.

Inoltre, i risultati riguardanti le credenze essenzialiste e non essenzialiste associate all'invecchiamento sono in linea con la letteratura precedente: i partecipanti che hanno riportato maggiori livelli di credenze non essenzialiste, ovvero una visione più flessibile e malleabile dell'invecchiamento, hanno mostrato anche una percezione maggiore di resilienza psicologica (Weiss, 2018; Park et al., 2018; Prati, 2024). Al contrario, individui che hanno riportato maggiori livelli di credenze essenzialiste, ovvero una visione più fissa e definitiva del proprio invecchiamento, si percepivano meno resilienti.

Questi risultati confermerebbero l'ipotesi che una maggiore percezione di controllo rispetto ai cambiamenti presenti nell'invecchiamento permetta all'adulto e, in particolare, all'anziano di sentirsi maggiormente in controllo e in grado di affrontare questi stessi cambiamenti.

Infine, sono emersi dei risultati interessanti per quanto riguarda la percezione del proprio invecchiamento cognitivo. All'interno del presente elaborato, questo costrutto è stato misurato tramite uno specifico questionario – VoCA, *Views of Cognitive Aging questionnaire* –, sviluppato recentemente da Sella, Carbone e Borella, e di cui non era stato ancora fatto uso in letteratura.

In linea con le ipotesi avanzate, è emersa una relazione positiva tra le sottoscale del questionario che fanno riferimento a percezioni di flessibilità e controllabilità rispetto al proprio invecchiamento cognitivo, e la percezione di una maggiore resilienza psicologica.

Questi risultati si mostrano coerenti con quanto emerso rispetto alle altre opinioni soggettive sull'invecchiamento, ovvero che una percezione soggettiva positiva del proprio invecchiamento – anche a livello cognitivo – è associata alla capacità di affrontare e superare eventi stressanti e cambiamento legati all'età.

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 sono presenti dei limiti nella ricerca.

In particolare, l'impostazione trasversale del progetto non consente di esaminare possibili effetti predittivi delle opinioni soggettive sull'invecchiamento rispetto alla variabile psicologica di interesse. Uno studio longitudinale, invece, potrebbe permettere di studiare questi effetti nel tempo. Inoltre, è stata presa in considerazione una singola variabile psicologica, la resilienza. Potrebbe essere utile, per studi futuri, indagare il ruolo di altre variabili, siano esse psicologiche, cognitive e di disposizioni di personalità (come i tratti di personalità), in relazione alla percezione soggettiva dell'invecchiamento e la resilienza psicologica (approfondire, ad esempio, l'influenza che opinioni soggettive e resilienza potrebbero avere su qualità di vita, solitudine, reti sociali e riserve cognitive nell'anziano, e viceversa).

In conclusione, i risultati evidenziati dal presente elaborato confermano l'associazione tra percezione soggettiva dell'invecchiamento e funzionamento psicologico, in particolare resilienza psicologica, in adulti e anziani con invecchiamento tipico.

Date le numerose evidenze presenti in letteratura sulla relazione tra resilienza psicologica, salute e benessere generale dell'anziano, questi risultati possono aiutare a creare e promuovere interventi personalizzati, per accrescere la consapevolezza rispetto ai cambiamenti del proprio invecchiamento e dei benefici ad esso associati, e migliorare di conseguenza il funzionamento psicologico, cognitivo, la salute e il benessere percepiti dall'anziano.

Bibliografia

- Aftab, A., Lam, J. A., Thomas, M. L., Daly, R., Lee, E. E., & Jeste, D. V. (2022). Subjective age and its relationships with physical, mental, and cognitive functioning: a cross-sectional study of 1,004 community-dwelling adults across the lifespan. *Journal of psychiatric research*, 152, 160-166.
- Ahern, N. R., Ark, P., & Byers, J. (2008). Resilience and coping strategies in adolescents—additional content. *Nursing children and young people*, 20(10).
- Alonso Debrecezeni, F., & Bailey, P. E. (2021). 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.
- Aprahamian, I., Woo, J., Vellas, B., & Morley, J. E. (2022). Resilience and successful aging. *The Journal of nutrition, health and aging*, 26(7), 652-656.
- Baltes, M. M., & Carstensen, L. L. (2003). The process of successful aging: Selection, optimization, and compensation. In *Understanding human development: Dialogues with lifespan psychology* (pp. 81-104). Boston, MA: Springer US.
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (1998). Life-span theory in developmental psychology. In *Handbook of child psychology* (pp. 1029-1143). Wiley.
- Bodner, E. (2022). The importance of self-perceptions of aging in predicting late-life loneliness. *International Psychogeriatrics*, 34(7), 609-612.
- Brothers, A., Diehl, M., Gabrian, M., & Wahl, H. (2018). Subjective aging within a resilience framework: The buffering role of awareness of positive age-related change. *Innovation in Aging*, 2(Suppl 1), 748.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor–Davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for*

Traumatic Stress Studies, 20(6), 1019-1028.

- Chen, J. J., Liu, L. F., & Shea, J. L. (2024). The Impact of Positive Self-Perceptions of Aging on Subjective Well-Being through the Mediation of Psychological Resilience among Community-Dwelling Older Adults during COVID-19 in Taiwan. *Health & Social Care in the Community*, 2024(1), 4755146.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Curtis, W. J., & Cicchetti, D. (2007). Emotion and resilience: A multilevel investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and non-maltreated children. *Development and psychopathology*, 19(3), 811-840.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical psychology review*, 30(5), 479-495.
- De Beni, R., & Borella, E. (2015). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*. Società editrice il Mulino spa.
- De Beni, R., & Borella, E. (2024). *Psicologia dell'invecchiamento e della longevità*. Società editrice il Mulino spa.
- Diehl, M. K., & Wahl, H. W. (2010). Awareness of age-related change: Examination of a (mostly) unexplored concept. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(3), 340-350.
- Donders, J., & Wang, Q. (2023). Psychological correlates of self-rated resilience in the context of subjective cognitive concerns in older adults. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 38(8), 1578-1585.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience. *European psychologist*.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience in aging: literature review. *Ciencia & saude coletiva*, 20, 1475-1495.

- Forstmeier, S., & Maercker, A. (2008). Motivational reserve: lifetime motivational abilities contribute to cognitive and emotional health in old age. *Psychology and aging*, 23(4), 886.
- Freeman, A. T., Santini, Z. I., Tyrovolas, S., Rummel-Kluge, C., Haro, J. M., & Koyanagi, A. (2016). Negative perceptions of ageing predict the onset and persistence of depression and anxiety: Findings from a prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of Affective Disorders*, 199, 132-138.
- Giasson, H., Chopik, W., & Carrillo, A. (2022). POSITIVE SELF-PERCEPTIONS OF AGING AS PREDICTORS OF COVID-RELATED PREVENTIVE BEHAVIOR AND RESILIENCE. *Innovation in Aging*, 6(Supplement_1), 95-95.
- Giasson, H., Koffer, R., & Smith, J. (2022). SELF-PERCEPTIONS OF AGING IN THE CONTEXT OF CHALLENGING EXPERIENCES: PATTERNS OF RISK AND RESILIENCE. *Innovation in Aging*, 6(Supplement_1), 94-95.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International journal of geriatric psychiatry*, 27(3), 262-270.
- Harris, P. B. (2008). Another wrinkle in the debate about successful aging: The undervalued concept of resilience and the lived experience of dementia. *The International Journal of Aging and Human Development*, 67(1), 43-61.
- Hess, T. M. (2006). Attitudes toward aging and their effects on behavior. In *Handbook of the psychology of aging* (pp. 379-406). Academic Press.
- Hildon, Z., Smith, G., Netuveli, G., & Blane, D. (2008). Understanding adversity and resilience at older ages. *Sociology of health & illness*, 30(5), 726-740.
- Hurd, L. C. (1999). "We're not old!": Older women's negotiation of aging and oldness. *Journal of aging studies*, 13(4), 419-439.
- Indicatori demografici (2024, September 24) .
http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_INDDEMOG1#

- Jeste, D. V., Savla, G. N., Thompson, W. K., Vahia, I. V., Glorioso, D. K., Martin, A. V. S., ... & Depp, C. A. (2013). Association between older age and more successful aging: critical role of resilience and depression. *American Journal of Psychiatry*, 170(2), 188-196.
- Kotter-Grühn, D., Kornadt, A. E., & Stephan, Y. (2015). Looking beyond chronological age: Current knowledge and future directions in the study of subjective age. *Gerontology*, 62(1), 86-93.
- Lamont, R. A., Nelis, S. M., Quinn, C., & Clare, L. (2017). Social support and attitudes to aging in later life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(2), 109-125.
- Lawton, M. P. (1975). The Philadelphia geriatric center morale scale: A revision. *Journal of gerontology*, 30(1), 85-89.
- Levy, B. R., Slade, M. D., Kunkel, S. R., & Kasl, S. V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of personality and social psychology*, 83(2), 261.
- Li, Y., Liu, M., Miyawaki, C. E., Sun, X., Hou, T., Tang, S., & Szanton, S. L. (2021). Bidirectional relationship between subjective age and frailty: a prospective cohort study. *BMC geriatrics*, 21, 1-9.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child development*, 71(3), 543-562.
- Masten, A. S., Hubbard, J. J., Gest, S. D., Tellegen, A., Garmezy, N., & Ramirez, M. (1999). Competence in the context of adversity: Pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Development and psychopathology*, 11(1), 143-169.
- Mertens, V. C., Bosma, H., Groffen, D. A., & van Eijk, J. T. M. (2012). Good friends, high income or resilience? What matters most for elderly patients?. *The European Journal of Public Health*, 22(5), 666-671.
- Muffato, V., Cantarella, A., Borella, E., & De Beni, R. (2015). Ben-essere nell'arco di vita. *Ricerche di psicologia: 1*, 2015, 175-192.
- Neupert, S., & Zhu, X. (2021). Perceiving More Age-Related Losses? The Role of General Control

- Beliefs and Daily Disturbance to Plans. *Innovation in Aging*, 5(Suppl 1), 285.
- Palgi, Y., Shrira, A., & Diehl, M. (Eds.). (2022). *Subjective views of aging: theory, research, and practice*. Springer.
- Park, J., O'Brien, E., & Hess, T. (2018). THE IMPACT OF AGING ATTITUDES AND CONTROL BELIEFS ON FUTURE SELF-VIEWS. *Innovation in Aging*, 2(Suppl 1), 748-748.
- Pinquart, M., & Wahl, H. W. (2021). Subjective age from childhood to advanced old age: A meta-analysis. *Psychology and Aging*, 36(3), 394.
- Pooley, J. A., & Cohen, L. (2010). Resilience: A definition in context. *Australian Community Psychologist*, 22(1), 30-37.
- Prati, G. (2024). Changes in essentialist beliefs about cognitive aging predicts changes in mental health: Evidence from a 10-year longitudinal study. *Psychology and Aging*.
- Rabheru, K., Cassidy, K. L., Cassidy, B., & Conn, D. (2021). Mental Health, Cognitive Resilience, and Vitality. *Promoting the Health of Older Adults: The Canadian Experience*, 323.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of clinical psychology*, 58(3), 307-321.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Sabatini, S., Ukoumunne, O. C., Ballard, C., Brothers, A., Kaspar, R., Collins, R., ... & Clare, L. (2020). International relevance of two measures of awareness of age-related change (AARC). *BMC geriatrics*, 20, 1-20.
- Schafer, M. H., & Shippee, T. P. (2010). Age identity, gender, and perceptions of decline: does feeling older lead to pessimistic dispositions about cognitive aging?. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65(1), 91-96.
- Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: a literature

- review. *Medicina*, 55(11), 745.
- Smith, P. R. (2009). Resilience: resistance factor for depressive symptom. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(9), 829-837.
- Spitzer, N., Segel-Karpas, D., & Palgi, Y. (2022). Close social relationships and loneliness: the role of subjective age. *International psychogeriatrics*, 34(7), 651-655.
- Spuling, S. M., Miche, M., Wurm, S., & Wahl, H. W. (2013). Exploring the causal interplay of subjective age and health dimensions in the second half of life. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*.
- Stanton, A., Chisholm, K., Kaiser, N., Rosen, M., Upthegrove, R., Ruhrmann, S., & Wood, S. J. (2019). Resilience as a multimodal dynamic process. *Early intervention in psychiatry*, 13(4), 725-732.
- Stephan, Y., Caudroit, J., Jaconelli, A., & Terracciano, A. (2014). Subjective age and cognitive functioning: A 10-year prospective study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 22(11), 1180-1187.
- Stephan, Y., Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2018a). Determinants and Implications of Subjective Age Across Adulthood and Old Age. In C. D. Ryff & R. F. Krueger (Eds.), *The Oxford Handbook of Integrative Health Science* (pp. 1–19). Oxford University Press.
- Stephan, Y., Sutin, A. R., & Terracciano, A. (2018b). Subjective age and mortality in three longitudinal samples. *Psychosomatic medicine*, 80(7), 659-664.
- Tseng, H. Y. (2024). *Views of Aging: Their Measurement, Associations With the Paradox of Well-being, and Malleability in the Second Half of Life* (Doctoral dissertation, Colorado State University).
- Vella, S. L. C., & Pai, N. B. (2019). A theoretical review of psychological resilience: Defining resilience and resilience research over the decades. *Archives of Medicine and Health Sciences*, 7(2), 233-239.

- Warmoth, K., Tarrant, M., Abraham, C., & Lang, I. A. (2016). Older adults' perceptions of ageing and their health and functioning: A systematic review of observational studies. *Psychology, Health & Medicine, 21*(5), 531-550.
- Weiss, D. (2018). On the inevitability of aging: Essentialist beliefs moderate the impact of negative age stereotypes on older adults' memory performance and physiological reactivity. *The Journals of Gerontology: Series B, 73*(6), 925-933.
- 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, 27*(1), 153.
- Weiss, D., Job, V., Mathias, M., Grah, S., & Freund, A. M. (2016). The end is (not) near: Aging, essentialism, and future time perspective. *Developmental Psychology, 52*, 996–1009.
- Weiss, D., Reitz, A. K., & Stephan, Y. (2019). Is age more than a number? The role of openness and (non) essentialist beliefs about aging for how young or old people feel. *Psychology and Aging, 34*(5), 729–737.
- West, R. L., Welch, D. C., & Knabb, P. D. (2002). Gender and aging: Spatial self-efficacy and location recall. *Basic and applied social psychology, 24*(1), 71-80.
- Westerhof, G. J., & Wurm, S. (2015). Longitudinal research on subjective aging, health, and longevity. *Annual review of gerontology and geriatrics, 35*, 145-165.
- Windle, G. (2011). What is resilience? A review and concept analysis. *Reviews in clinical gerontology, 21*(2), 152-169.
- Wurm, S., Diehl, M., Kornadt, A. E., Westerhof, G. J., & Wahl, H. W. (2017). How do views on aging affect health outcomes in adulthood and late life? Explanations for an established connection. *Developmental Review, 46*, 27-43.
- 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.