

LA RILEVAZIONE DEI PROBLEMI PSICOLOGICI DELL'ANZIANO

Salmaso, D.
Marsella, D., Sardi, P., Torti P., Viola G.

Istituto di Psicologia del CNR
Viale Marx 15, 00137 ROMA



*3^a Conferenza Internazionale
sulla Scienza dei Sistemi nel
Settore dei Servizi
Socio-Sanitari per gli Anziani ed
i Disabili*

RIASSUNTO

Negli ultimi anni si stanno moltiplicando gli sforzi e gli interessi, sia sul versante politico che su quello scientifico, nei confronti degli anziani. Si pone infatti la necessità, dato il costante aumento della popolazione ultrasessantenne, di far fronte alle problematiche connesse a questa mutata realtà demografica e sociale. Un'efficace politica di interventi a favore degli anziani non può prescindere da un'attenta dei loro bisogni e problemi prevalenti, a livello socio-sanitario come a livello psicologico. A questo proposito abbiamo riscontrato, soprattutto nel panorama italiano, la mancanza di uno strumento semplice e di rapida applicazione, in grado di fornire informazioni sia sullo stato cognitivo sia su quello psico-affettivo dell'anziano. A tal fine abbiamo sentito l'esigenza di mettere a punto un breve questionario con l'obiettivo non già di fare diagnosi approfondite, ma di rilevare quali siano i sintomi che gli anziani riportano con più frequenza. questionario sullo Stato Psicologico (QSP) costruito e' composto di 38 domande che indagano su difficoltà cognitive e problemi di personalità come sono percepiti dal soggetto. Ne saranno discussi caratteristiche e risultati preliminari.

Parole chiave: neuropsicologia, stato cognitivo, stato affettivo.

Introduzione

L'aumento della popolazione anziana rende primaria, per il mondo scientifico e politico, la necessità di delineare le problematiche relative all'invecchiamento al fine di programmare adeguati piani preventivi e riabilitativi.

Nel campo psicologico vi è la generica convinzione che ci siano dei mutamenti con l'avanzare dell'età, senza che essa sia ben supportata da dati oggettivi che ne individuino la qualità e l'estensione. Un'efficace politica di interventi nel campo dell'invecchiamento non può prescindere da un'attenta rilevazione dei bisogni e problemi prevalenti. Questa necessità si scontra tuttavia con una limitazione dei mezzi finanziari che possono essere messi a disposizione dallo stato sociale.

Negli ultimi anni si è sviluppato un certo interesse nei confronti dell'autovalutazione, considerata come una possibile strada agile ed economica per raccogliere utili informazioni ad esempio sulla salute mentale dei soggetti. Nonostante finora non sia stato ancora ben chiarita l'attendibilità di questi strumenti (cfr Salmaso et al, 1988; Salmaso & Viola, 1989), rimane tuttavia utile ed importante studiarne l'efficacia per la loro facile applicazione nello screening di base.

In questo settore sono stati sviluppati diversi strumenti, in particolare, per l'area cognitiva, sulla memoria, e per l'area psicopatologica, sull'ansia o la depressione. Ciascuno dei suddetti strumenti è stato tuttavia sviluppato per analizzare aspetti specifici della salute mentale senza tener conto di problematiche generali, come ad es. quelle relative alle modalità di formulazione delle domande o di costruzione della scala di risposte. Abbiamo perciò sentito la necessità di avere, in un unico strumento, sia la componente cognitiva che quella psico-affettiva, attraverso domande facilmente comprensibili a persone di diverso livello educativo e con una scala di risposta unica. Vale la pena di puntualizzare subito che lo scopo del lavoro non era quello di fare delle diagnosi, ma di eseguire uno screening sui sintomi che gli anziani riportano con maggior frequenza.

Questionario sullo stato psicologico (QSP)

E' stato costruito un questionario formato da 38 domande riguardanti sia problemi cognitivi che di personalità, quei problemi cioè che possono pregiudicare l'autonomia e l'integrazione psicosociale dell'individuo. Riferimenti principali per la costruzione del QSP sono stati: l'intervista col paziente del CAMDEX, un test per l'esame dei disturbi mentali che comprende delle prove cognitive e un'intervista ai familiari del soggetto (Roth et

al., 1988); il Cognitive Failure Questionnaire (CFQ) (Broadbent et al., 1982); l'Everyday Memory Questionnaire (EMQ) (Sunderland et al., 1982); il Symptom Rating Test (SRT) (Fava e Kellner, 1982) e il GHQ (Goldberg, 1978) per la parte psico-affettiva.

Il settore cognitivo è rappresentato dalla prima serie di items (1-12) (cfr tabella 1), mentre il settore psico-affettivo è rappresentato dalla seconda parte del questionario costituita dagli items 13-38 (cfr tabella 1). Tale suddivisione ci è sembrata legittima in quanto possiamo considerare l'area cognitiva come un gruppo piuttosto omogeneo di funzioni mentali e l'area psico-affettiva come un insieme di fattori molteplici e complessi che, interagendo dinamicamente tra loro vanno a costituire la personalità individuale.

TABELLA 1: Struttura del QSP

AREA	ITEMS	N

A. COGNITIVA (12)		
Ridotta vigilanza mentale	1-3	(3)
Disorientamento	4-5	(2)
Deficit di memoria	6-12	(7)
B. PSICO-AFFETTIVA (26)		
Depressione	13-19	(7)
Ipocondria	20-21	(2)
Ansia	22-24	(3)
Disturbi ossessivo-compulsivi	25-26	(2)
Labilità emotiva	27-28	(2)
Somatizzazione	29-31	(3)
Asocialità	32-33	(2)
Disturbi schizoidi e paranoidi	34-36	(3)
Disturbi del sonno	37-38	(2)

Gli items sono costituiti da frasi in forma affermativa ed espresse in prima persona; la maggior parte degli item risultano pertanto del tipo "Mi capita di...". Ai soggetti viene chiesto di valutare la frequenza del loro disturbo su una scala a 2 (SI/NO) o a 3 punti (SPESSE, A VOLTE, MAI). Attribuendo 2 punti alle risposte SI e SPESSE, 1 punto alla risposta A VOLTE e 0 punti alle risposte NO e MAI, è stato possibile calcolare dei punteggi per ciascuna delle due aree considerate. La rilevazione della frequenza del disturbo su di un'area si ottiene dividendo la somma dei punti ottenuti per il numero di items che la compongono (range 0-2). Il valore 2 indica la massima frequenza del disturbo.

Soggetti

Sono stati somministrati 154 questionari a soggetti maschi e femmine di età compresa tra i 36 e gli 83 anni. La totalità dei soggetti è autosufficiente e con un livello socioeconomico medio (86%); il 74% vive in famiglia e il restante da solo.

TABELLA 2: DESCRIZIONE DEL CAMPIONE ESAMINATO

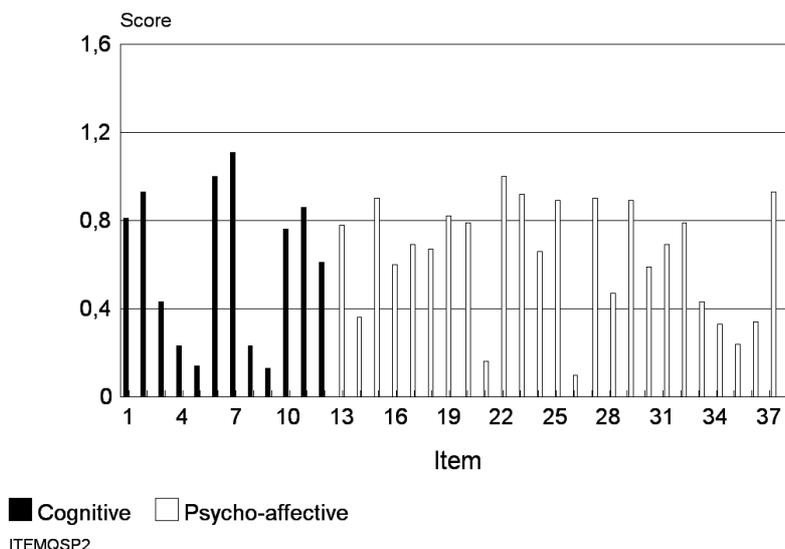
Sesso	N	Età Media	Scolarità Media
M	60	66.8 (9.0)	8.6 (3.6)
F	94	60.0 (9.4)	10.4 (3.7)
TOT	154	62.6	9.7

Risultati

In questo lavoro presenteremo soltanto una parte dei risultati ottenuti. Una prima analisi è consistita nel calcolo dei punteggi medi ottenuti per ciascun item: più alto è questo valore e maggiore è la frequenza del disturbo riportato. Come si potrà vedere nella figura 1 i punteggi variano, per l'area cognitiva, da 0.13 a 1.15, mentre per l'area psico-affettiva vanno da 0.09 a 1.02. Gli items in cui vi è un maggiore punteggio sono, per l'area cognitiva, quelli relativi all'attenzione e alla memoria, anche quella spaziale. Per l'area psico-affettiva il punteggio più alto riguarda la depressione, l'ansia e i disturbi del sonno.

FIGURA 1

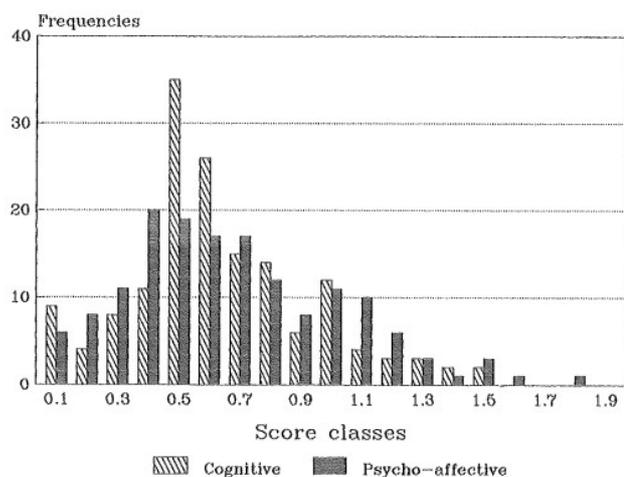
MEAN VALUES FOR EACH ITEM
N=201



Per le altre analisi condotte si è tenuto in considerazione i punteggi ottenuti da ciascun soggetto nelle due aree cognitiva e psico-affettiva; vengono riportati soltanto risultati con una probabilità inferiore a .05. La media per la prima area è di 0.60 (s.d. 0.30), mentre per la seconda è di 0.63 (s.d. 0.35); questi valori non sono significativamente diversi tra loro ($t\text{-test}=-1.1$, $df=153$, $p>.05$). Nella figura 2 sono riportate le distribuzioni di frequenza per le 2 aree.

FIGURA 2

Frequency Distribution



Sono state poi considerate alcune variabili soggettive importanti come il sesso, l'età, il livello di scolarità e lo stato civile. In tutte le analisi la variabile sesso è stata incrociata con le altre. Vi sono globalmente delle differenze significative nei punteggi ottenuti da maschi e femmine ($p < .05$) con un punteggio più alto da parte di quest'ultime; questa differenza è indipendente sia dall'area considerata, che dall'età dei soggetti o dalla scolarità. La variabile età non incide sui punteggi ottenuti né per l'area cognitiva, né per l'area psico-affettiva. Tale risultato è confermato anche dall'analisi delle correlazioni. La scolarità dei soggetti non incide nella determinazione dei punteggi. Per quanto riguarda lo stato civile sono stati confrontati i punteggi delle persone sposate versus i vedovi: quest'ultimi risultano avere punteggi più elevati, cioè dichiarano di avere una maggior frequenza di disturbo, anche in questo caso indipendentemente dalle aree considerate.

L'ultima variabile che verrà presa in considerazione in questo lavoro è l'autoclassificazione effettuata dai soggetti della propria salute fisica (buona, discreta e scarsa). Tale classificazione risulta ben correlata con i punteggi del QSP, dato che vi è un aumento del punteggio andando dai soggetti con salute buona, a quelli con salute discreta e infine con salute scarsa. La differenza tra i gruppi con diversa salute fisica risulta maggiore per l'area psico-affettiva rispetto a quella cognitiva.

Conclusioni

Dal QSP le femmine risultano avere frequenze di disturbo più elevate rispetto ai maschi; 3 diverse ipotesi possono essere formulate: a) che tale differenza sia realmente tale; b) che le donne siano più capaci di autovalutarsi; c) che più facilmente ammettano la presenza di problemi psicologici. Nessuna delle precedenti ipotesi può naturalmente essere qui verificata.

Le 2 variabili che più comunemente vengono indicate come discriminanti per lo studio delle cause dell'invecchiamento, l'età e la scolarità, non risultano avere praticamente alcun peso, confermando in questo senso dati più recenti ottenuti con valutazione oggettive (cfr Salmaso & Viola, 1990).

Il QSP risulta sensibile a situazioni di sofferenza sia fisica, che psicologica, come quelle rappresentate, da una parte, dallo stato di salute e dall'altra dallo stato civile: la sofferenza fisica e la vedovanza incidono negativamente sullo stato psicologico degli individui e il

QSP è in grado di rilevarlo fornendo quindi utili indicazioni sulla identificazione dei gruppi a rischio.

Come è stato detto nell'introduzione, lo scopo di strumenti di questo tipo non è quello di fare delle diagnosi, ma di eseguire degli screening attraverso cui sia possibile identificare le variabili piu' significative dei processi psicologici, rendendo sempre piu' efficaci ed efficienti gli interventi che lo stato sociale dedica all'invecchiamento.

Referenze

BROADBENT, D.E., COOPER, P.F., FITZGERALD, P., PARKES, K.R. The Cognitive Failure Questionnaire (CFQ) and its correlates. *British Journal of Clinical Psychology*, 1982, 21, 1-16.

FAVA, G.A., KELLNER, R. Versione italiana del Symptom Rating Test (SRT) di R. Kellner e B.F. Sheffield. OS: Firenze. 1981.

GOLDBERG, D.P. Manual of the General Health Questionnaire. NFER-Nelson: Windsor. 1978.

ROTH, M., HUPPERT, F.A., TYM, E., MOUNTJOY, C.Q. Camdex. The Cambridge examination for mental disorders of the elderly. Cambridge University Press: Cambridge. 1988.

SALMASO, D., LUCIOLI, R., VIOLA, G., VITTORI, M.L. Subjective and objective evaluation of cognitive processes in the elderly. *New Trends in Clinical Neuropharmacology*, 1988, 2, 355-360.

SALMASO, D., Viola, G. Valutazione e autovalutazione nell'invecchiamento cognitivo. *Argomenti di Gerontologia*, 1989, 1, 33-36.

SALMASO, D., Viola, G. Quale rapporto tra età, livello cognitivo e processi di elaborazione? In D. SALMASO, P. CAFFARRA, (A cura di) *Normalità e patologia delle funzioni cognitive nell'invecchiamento*. Pp 15-26. Milano: Franco Angeli Editore. 1990.

SUNDERLAND, A., HARRIS, J.E., BADDELEY, A.D. Do laboratory tests predict everyday memory? A neuropsychological study. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 1983, 22, 1-357.

ALLEGATI

TABELLA 1B: DESCRIZIONE DEL
CAMPIONE ESAMINATO IN FUNZIONE
DELL'ETA'

SESSO	<55	55≤X<65	65≤X<75	>74
M	4	16	30	9
F	25	40	23	6
TOT	29	56	53	15

TABELLA 1C: DESCRIZIONE DEL CAMPIONE ESAMINATO
IN FUNZIONE DELLO STATO DI SALUTE DICHIARATO

SESSO	BUONO	DISCRETO	SCARSO
M	19	32	9
F	36	53	5
TOT	55	85	14

TABELLA 1d: DESCRIZIONE DEL CAMPIONE ESAMINATO
IN FUNZIONE DELLA SCOLARITA'

SESSO	<6	6≤X<9	9≤X<14	>13
M	16	22	18	4
F	14	19	48	13
TOT	30	41	66	17

TABELLA 1e: DESCRIZIONE DEL CAMPIONE ESAMINATO
IN FUNZIONE DELLO STATO CIVILE

SESSO	CONIUGATO	CELIBE	VEDOVO
M	50	1	8
F	53	9	28
TOT	103	10	36