

La depressione dell'anziano. *Primum percipere* *The elderly depression. Primum percipere*

Luisa Bartorelli

Primario emerito di Geriatria, Presidente Alzheimer Uniti Onlus.

Parole chiave: depressione reattiva, sintomatologia somatica, strategie terapeutiche, interventi psicosociali

RIASSUNTO

La depressione dell'anziano assume particolari espressività, dovute alle condizioni di fragilità fisiche, psichiche ed esistenziali, in un mondo che non gli è favorevole.

Anche i dati epidemiologici, più rilevanti nel sesso femminile, risultano estremamente variabili, a seconda dei setting e degli ambienti nei quali sono stati rilevati.

La perdita dello stato sociale, la solitudine e soprattutto il calo funzionale legato all'invecchiamento, ai quali spesso si unisce la presenza di altre malattie, sono le maggiori cause di insorgenza della depressione nell'anziano.

Importante per una diagnosi precoce è considerare l'overlapping tra disturbi cognitivi e depressivi.

Il trattamento farmacologico deve tener conto dei numerosi effetti collaterali, dovuti anche agli eventi avversi da frequente interazione con le sostanze utilizzate per le patologie concomitanti; nell'anziano sono da preferire farmaci con minor effetto negativo sul tono colinergico.

Utili risultano tutti gli interventi psicosociali, che valorizzino la persona, sostenendone l'autostima, la dignità e i diritti, compreso quello di *essere triste* quando la condizione umana venga alterata da perdite ed eventi negativi

Key words: reactive depression, somatic symptomatology, therapeutic strategies, psychosocial interventions

SUMMARY

The elderly depression assumes particular expressiveness, due to the conditions of physical, psychological and existential fragility, in a world that is not favorable to him. Even the epidemiological data, more rel-

Autore per corrispondenza: luisabart@tin.it

evant in the female sex, are extremely variable, depending on the settings and the environments in which they were collected. The loss of social status, loneliness and above all the functional decline linked to aging, which is often associated with the presence of other diseases, are the main causes of the onset of depression in the elderly. The overlapping between cognitive and depressive disorders is important for early diagnosis. Pharmacological treatment must take into account the numerous side effects, which are also due to adverse events due to frequent interaction with substances used for concomitant diseases; in the elderly, drugs with less negative effect on cholinergic tone are preferred. All psychosocial interventions are useful, since they enhance the person, support self-esteem, dignity and rights, including the right of being sad when the human condition is altered by losses and negative events.

Premessa

La depressione è considerata malattia tipica della nostra epoca a causa della perdita dei valori tradizionali e per la precarietà degli attuali modelli di vita; infatti gli elevati indici di prevalenza sono ricondotti spesso a fattori di natura socio-culturale. Tuttavia i suoi sintomi si presentano immutati nel tempo e nello spazio, senza variazioni significative legate a condizioni epocali.

Infatti anche nel passato remoto si ritrovano plausibili descrizioni della depressione, riguardanti anche personaggi mitici delle più antiche civiltà, tanto da poter affermare che fin dalle sue origini l'uomo si è trovato a convivere con essa, a volte ritenendola provocata da influenze maligne e quindi fonte di disprezzo per empietà (pratiche magiche, riti purificatori, inquisizione). Altre trovandola scientificamente da medici, quali Ippocrate, Aulo Cornelio Celso, Sorano di Efeso, Areteo di Cappadocia, e non ultimo Galeno; altre ancora innalzandola a potenza creatrice, come nei riguardi di Michelangelo, Caravaggio, Albrecht Durer.

Inoltre la depressione con il nome di *melanconia* è stata appannaggio di poeti, scrittori e drammaturghi come Dante, Foscolo, Leopardi, Byron, Poe, Kierkegaard, Nietzsche, Pavese. Ma fu l'illuminismo a porre per primo l'accento sul trattamento psico-affettivo della malinconia: lo psichiatra Philippe Pinel (1745-1826) la definì come “*un disordine delle affezioni morali che agiscono sulle facoltà intellettive*”, affermando la validità di un tale tipo di trattamento.

Comunque è solo con Kraepelin, alla fine dell'Ottocento, che la malinconia trova un suo specifico statuto scientifico come malattia, con tutte le conseguenti classificazioni nosografiche, che nel tempo giungono fino all'odierno DSM V.

La depressione dell'anziano oggi

Parlare di depressione dell'anziano significa per un geriatra innanzi tutto fare i conti con una epidemiologia che, nei suoi dati estremamente variabili (dal 3,3% al 65% negli ultrasessantacinquenni) distingue i luoghi di rilevazione ma non le specificità causali e le modalità di esordio in età avanzata. Infatti al geriatra non si confà la depressione che in-

sorge da giovane o in età media e che persiste o si riacutizza più tardi; in quel caso si trova davanti a un muro che non riesce a valicare con il consueto dialogo e la “compassione”, attraverso i quali è abituato a porgere anche un farmaco, se necessario. Mentre invece, di fronte a un anziano depresso per le perdite della sua condizione fisica, esistenziale ed ambientale, si apre davanti a lui tutto il mondo della relazione di cura, in ogni suo aspetto. La figura del geriatra è più consona a comprendere le ragioni di tali sofferenze, abbinando all’accurato approccio diagnostico la ricerca di interventi terapeutici integrati, farmacologici e non, rivolti a una fascia di popolazione sempre più ampia soprattutto nelle decadi più avanzate e più fragili.

Ecco perché in questo capitolo si parlerà soprattutto di depressione *reattiva*, per la quale dati statistici ci parlano del 4% negli ultrasessantacinquenni, valore che sale al 27% negli ultraottantacinquenni, gli *oldest old*.

Il genere femminile, pur tenendo conto della maggiore sopravvivenza della donna (ma ormai ridotta da 7 a 5 anni!), parte svantaggiato di quasi il doppio come nella popolazione generale ma è alla pari nella fascia dei grandi vecchi. Si ritiene che la considerevole differenza di genere che compare in tali dati sia dovuta più alla maggiore espressività emotiva delle donne nei riguardi dei loro disagi rispetto agli uomini abituati culturalmente ad essere meno espansivi. Tuttavia le donne sopportano meglio la loro condizione, anche in tarda età, e rispondono meglio alle terapie, soprattutto all’approccio psicologico (1).

È da considerare comunque che in letteratura i dati variano a seconda dei setting (ma sarebbe meglio chiamarli ambienti di vita), nei quali sono stati rilevati in ambulatorio dal MMG, o in assistenza domiciliare o in RSA. In quest’ultimo caso il dato vola al 65%, anche se compare un *overlapping* con i disturbi cognitivi (2).

Un’ ultima notazione sui centenari, che oggi in Italia superano i 18.000, in prevalenza nella fascia d’età 100-105 e naturalmente in maggioranza donne, fatta eccezione per l’enclave sarda, oggetto di studio per l’anomala prevalenza di uomini.

Ebbene, più per esperienza di geriatri che per gli scarsi dati epidemiologici, la depressione nei centenari risulta quasi inesistente, anzi nei loro riguardi si è rilevato un alto tono dell’umore. A questo proposito è da citare il caso del *maximum life span*, quello di Jeanne Calment, cittadina di Arles nel Sud della Francia, la quale poco prima di morire concedeva ai giornalisti un’eccitata intervista, in occasione del compleanno dei suoi 122 anni!

Al di là delle considerazioni genetiche da fare sui centenari e in questo caso anche sulla natura mediterranea dell’ambiente, bisogna tener conto della loro posizione all’interno della famiglia o comunque del ruolo che rivestono nell’immaginario della comunità di appartenenza. Essi sono considerati come cristalli fragilissimi ma preziosi, da proteggere dagli urti e dalle scosse del mondo esterno, ma anche da esibire con orgoglio per il loro valore. Cresce così nei centenari l’autostima, con una favorevole percezione di sé, che allontana la depressione (3).

Invecchiamento e patologia

I fattori di rischio maggiormente incidenti sull'insorgenza di depressione nell'età avanzata sono la perdita dello status sociale, tipicamente il pensionamento, la solitudine o addirittura l'isolamento, l'invalidità e ogni forma di dipendenza dagli altri, le ripetute esperienze di perdita di persone o di oggetti. Anche in un normale invecchiamento, i cambiamenti biologici e cognitivi e la minor definizione del ruolo creano forti turbolenze. La temporalità e la corporeità hanno un ruolo centrale: da un lato il futuro si riduce sempre di più; dall'altro il corpo si fa più lento e rigido, la vista diminuisce e l'udito è meno acuto. I deficit visivi rendono meno sicura la deambulazione, quelli uditivi osteggiano le relazioni sociali e una disabilità fisica anche modesta può alterare la percezione della propria identità.

Le perdite affettive, grande tema dell'età più anziana, rappresentano sempre una criticità, sia come causa di solitudine, sia per le modalità di elaborazione del lutto. Infatti frequenti lutti comportano lo sforzo di integrare di volta in volta ogni perdita nella propria vita, non inteso come il dolore patologicamente prolungato del depresso ma come costante riferimento ad una relazione del passato.

A questo proposito nel depresso si rileva una minore *resilienza*, una maggiore difficoltà a resistere agli urti della vita, con una incapacità di adattamento a nuove situazioni. Diminuisce, quindi, quello stato motivazionale positivo che dà luogo invece nell'invecchiamento "di successo" a tenacia e a determinazione e che è alla base del cosiddetto *paradosso del benessere*, cioè la possibilità di sentirsi soddisfatti nonostante le perdite affettive e il declino della salute.

Proprio a causa di questo scenario con le sue ambivalenze e le sue ambiguità, la depressione nell'anziano è una patologia a volte sovrastimata, se si assimila alle esperienze di lutto e di disadattamento ma il più delle volte è sottostimata, perché viene percepita come condizione naturalmente insorgente in questa fase della vita. Essendo quindi sottodiagnosticata e sottotrattata, nonostante sia frequente e trattabile, è ad elevato tasso di ricadute e spesso peggiora la prognosi delle malattie somatiche concomitanti.

In realtà è necessario diagnosticarla all'esordio, poiché accresce il rischio di disabilità innescando un pericoloso circolo vizioso che può condurre alla riduzione dell'autonomia, fino alla sua perdita totale (4).

In età avanzata è particolarmente forte questo feed back mente-corpo, per cui anche quando il medico rivolge giustamente la sua attenzione al tono dell'umore, cioè ad una funzione psichica, deve tener conto che l'anziano e in particolare l'anziano fragile hanno bisogno di un approccio globale. Non vale più la triade tradizionale diagnosi-terapia-guarigione (Fig.1), ma la procedura diagnostica viene ampliata a una valutazione multidimensionale, possibilmente multiprofessionale. L'obiettivo è naturalmente la guarigione ogni volta che sia possibile ma il più delle volte si punta al sostegno alla persona nel suo

ambiente di vita e al mantenimento dell'autonomia, anche attraverso gli *small gains*, cioè i piccoli guadagni, peraltro tanto importanti per la qualità di vita dell'anziano (5).

È necessario quindi osservare non solo la struttura della sua personalità, la presenza di eventi stressanti nella sua storia e altri fattori psicosociali, ma anche le condizioni fisiche della persona e in generale la sua funzionalità globale.

Infatti le principali caratteristiche dell'anziano fragile sono la presenza di una multimorbidità, accompagnata spesso da una polifarmacologia che lo mette a rischio iatrogeno; una precarietà omeostatica che crea complicanze, circoli viziosi e scompensi a cascata

Figura 1- Medicina tradizionale e medicina geriatrica



Figura 2- Peculiarità cliniche dell'anziano fragile

- COMMISTIONE TRA PROBLEMI MEDICI, PSICOLOGICI E SOCIALI
- TENDENZA ALL'INVALIDITÀ E ALLA PERDITA DELL'AUTOSUFFICIENZA
- COESISTENZA CONTEMPORANEA DI PIÙ SITUAZIONI PATOLOGICHE DI DIVERSA NATURA E A CARICO DI DIVERSI ORGANI
- DIFFERENZE SINTOMATOLOGICHE, SPECIE ALL'ESORDIO
- FREQUENTE INSORGENZA DI PATOLOGIA IATROGENA
- ELEVATO RISCHIO DI COMPLICANZE CON "SCOMPENSI A CASCATA" E "CIRCOLI VIZIOSI"

Figura 3- Scompenso a cascata

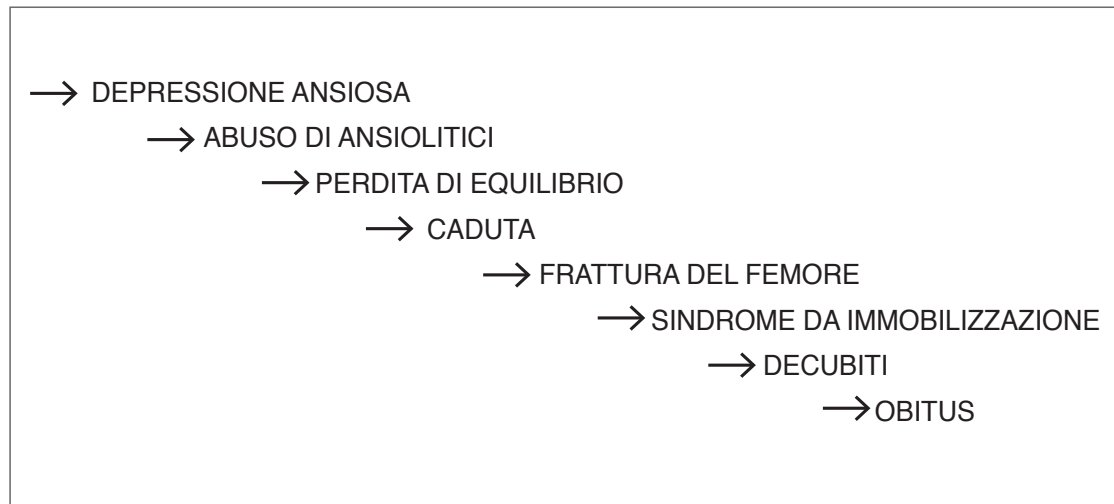


Figura 4- Circolo vizioso



(Fig. 2, 3, 4); il tutto accompagnato spesso da una difficoltà di comunicazione che inficia l'interazione bio-psico-sociale.

Tutto ciò fa sì che anche la depressione nell'anziano assuma aspetti clinici peculiari, tra i quali spicca una sintomatologia somatica molto rilevante, che si esprime con lamentele riguardanti la salute fisica, affaticabilità assieme a perdita di appetito e di peso, denuncia di dolori migranti, insonnia, tanto da far parlare di *depressione mascherata*.

D'altro canto, quando gli aspetti psicologici vengono denunciati o emergono chiaramente, sono tipicamente caratterizzati da una tristezza motivata da perdita dell'autostima, ritiro sociale, consapevolezza delle proprie incapacità, più che da sconforto sine materia, disperazione e senso di colpa.

Tuttavia più raramente, quando una depressione maggiore è diagnosticabile secondo i classici criteri, si rileva una marcata diminuzione di interesse o piacere per tutto ciò che riguarda l'ambiente esterno, sentimenti di autosvalutazione e di colpa inappropriati e angoscia di morte, a volte ideazione suicidaria.

Inoltre è importante identificare quadri atipici o sottosoglia, così come distinguere tra depressione temporanea legata a lutto o disadattamento e tra depressione accompagnata da deficit cognitivo e demenza. Come si presenta l'aspetto di un anziano depresso? L'espressione più assente che triste, la postura statica, manifesta sospettosità, a volte franca ostilità, crisi di pianto o lamenti, trascuratezza personale e ritiro sociale; in casi gravi e non trattati, perdita di capacità di interazione con gli altri e confusione.

Tuttavia, escludendo questi ultimi casi, un approccio empatico, riferito sia alla sua condizione esistenziale che ai suoi disturbi somatici, spesso è in grado di sciogliere la sua negatività, e se applicato in modo continuativo può dare sorprendenti risultati sul tono generale dell'umore (6).

Depressione e demenza

Il rapporto tra depressione e demenza, assai complesso e intricato, va considerato da ottiche differenti: la depressione come sintomo nelle diverse fasi della demenza, o come fenomeno che slatentizza una condizione già esistente, o addirittura come prodromo di malattia, o come fattore di rischio. Tuttavia anche queste situazioni vanno ulteriormente ad intrecciarsi nella variabilità della vita delle persone (Fig. 5, 6).

L'importante è trovare un *fil rouge* all'interno delle differenti espressività cliniche, per sfuggire a quello che altrimenti potrebbe apparire incomprensibile, casuale, caotico ed è invece un mondo di sofferenza da dipanare e sostenere. All'esordio, quando vi è consapevolezza del deficit cognitivo, anche se le persone di cultura tendono a mascherarlo con strategie di compenso, è frequente cadere in uno stato depressivo. In alcuni tipi di demenza, come nelle fronto-temporali, subentra invece una *fatuità*, che ripara dalla depressione. Tuttavia, "... non è affatto gradevole essere ossessionato dal sospetto che la propria intelligenza stia declinando o, a nostra insaputa, svapori come etere da una fiala stappata, cosicché a ogni occhiata vi si trova un residuo sempre minore e sempre più volatile." (N.Hawthorne, La lettera scarlatta).

In questa fase possono intervenire pensieri suicidari, raramente messi in atto. In realtà nell'ambito della demenza il suicidio è appannaggio del caregiver, che in uno stato di grave carico certamente materiale, ma soprattutto emotivo, spesso vissuto in solitudine,

Figura 5- Caratteristiche differenziali

DEMENZA	DEPRESSIONE
Insorgenza insidiosa	Insorgenza improvvisa
Progressione lenta	Progressione rapida
Paziente non consapevole	Paziente consapevole
Confabulazioni	Disturbi della memoria
Il paziente sminuisce la disabilità	Enfasi sulla disabilità
Comportamento congruo all'entità del deficit	Comportamento spesso incongruo
Spesso mancanze di risposte	Risposta globale (non so)
Peggioramenti notturni	Non variazioni notturne
Umore incongruo	Umore depresso
Scarsi sintomi neurovegetativi	Frequenti sintomi neurovegetativi
Precedenti psichiatrici infrequenti	Precedenti psichiatrici frequenti
Rischio suicidario basso	Rischio suicidario presente

trascina nel suo gesto il proprio assistito, coniuge o genitore che sia.

Nella fase intermedia la depressione diventa classicamente un *cluster* dei disturbi del comportamento (con enorme range di prevalenza in letteratura, da 2 a 85%), che può tinteggiarsi di tristezza senza speranza, perdita di autostima, labilità emotiva, confinando con il cluster dell'apatia per perdita di interessi, rifiuti e ritiro sociale. L'apatia è comunque il disturbo comportamentale più perturbante per il caregiver, come risulta da un ampio studio della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) (7).

Nella fase severa tale corredo di sintomi diventa meno manifesto, ma quando si riesce a penetrare nel mondo interiore della persona, attraverso l'osservazione, l'ascolto e una comunicazione anche non verbale, allora è possibile comprenderne i comportamenti, seppure incongrui o addirittura bizzarri, attribuibili a uno stato depressivo. È la base della cosiddetta terapia di *validazione*, che non disconfermando la persona sostiene il tono dell'umore e la sua integrità.

Volendo rapportarsi a tali situazioni in un'ottica diversa, alcuni studi mostrano che mutamenti del tono dell'umore insorgono parecchi mesi prima della diagnosi di demenza, nel senso di aumento dell'ansia, disturbi del sonno, ritiro sociale e franca depressione, come se fossero un epifenomeno di un disagio cognitivo già esistente; altri sottolineano che episodi depressivi si ritrovano in grande prevalenza nell'anamnesi remota di persone con diagnosi di demenza (8).

Pur non volendo escludere da un corretto approccio farmacologico antidepressivo la persona con demenza, ma tenendo conto dei numerosi effetti avversi di tali farmaci sul tono

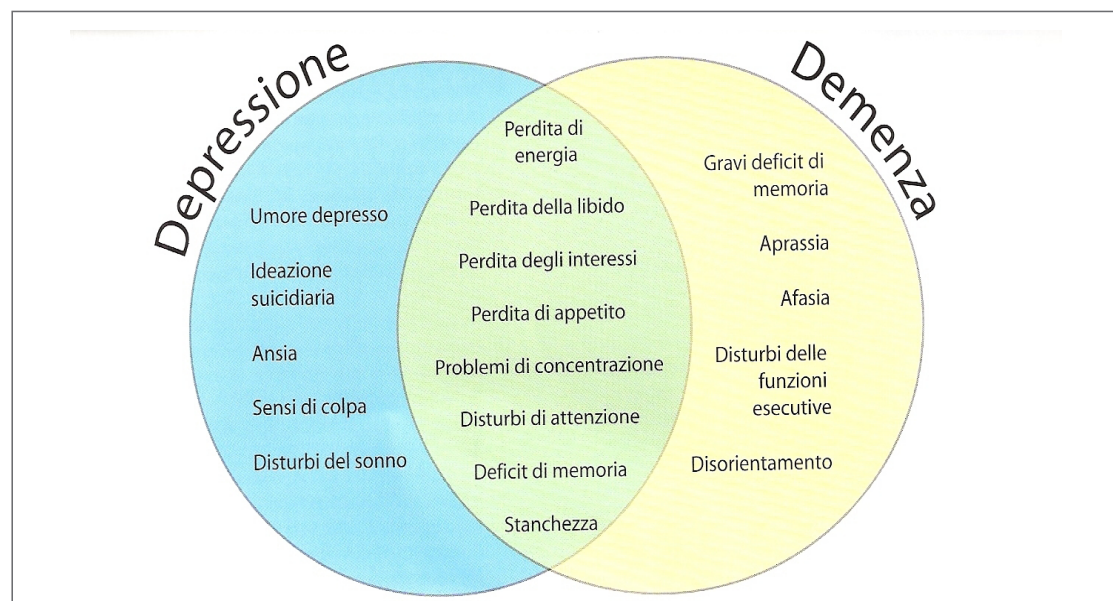
colinergico e anche della possibile interazione con tanti altri consumati per altre patologie, è doveroso mettere in atto tutte le strategie *non farmacologiche* disponibili, adeguate e personalizzate. È bene però non utilizzare una negazione parlando di interventi che si ritengono efficaci per tali situazioni; è bene infatti chiamarli *interventi psicosociali*, per dar loro spazio e dignità!

Nel programmare le attività bisogna anche tener conto che l'intensità della sintomatologia depressiva non è in genere correlata alla severità dei disturbi cognitivi ma alla perdita di autonomia.

Trattamento

L'approccio terapeutico al paziente anziano depresso è reso difficile dalla presenza di problemi sensoriali, uditivi, visivi e dalle già citate preoccupazioni sulla propria salute, le situazioni di lutto, o comunque un bilancio esistenziale negativo. Inoltre vi è una tendenza a polverizzare le richieste che mette a volte fuori strada coloro che valutano la situazione. Da parte di questi ultimi, medici, psicologi o altre professioni impegnate

Figura 6- Overlapping tra depressione e demenza



nel settore, alcuni fattori influenzano una scorretta comunicazione, come atteggiamenti personali di fronte alla vecchiaia, stereotipi negativi e pregiudizi, per non parlare della sempre denunciata scarsa disponibilità di tempo, che spesso nasconde una mancanza di comprensione e di motivazione.

Interventi farmacologici

Per quanto riguarda la scelta del farmaco antidepressivo, fattore rilevante è naturalmente una sua riconosciuta efficacia ma anche la considerazione degli effetti collaterali, delle tossicità da sovradosaggio, delle interazioni farmacologiche dovute alla presenza di altre terapie legate alla comorbidità.

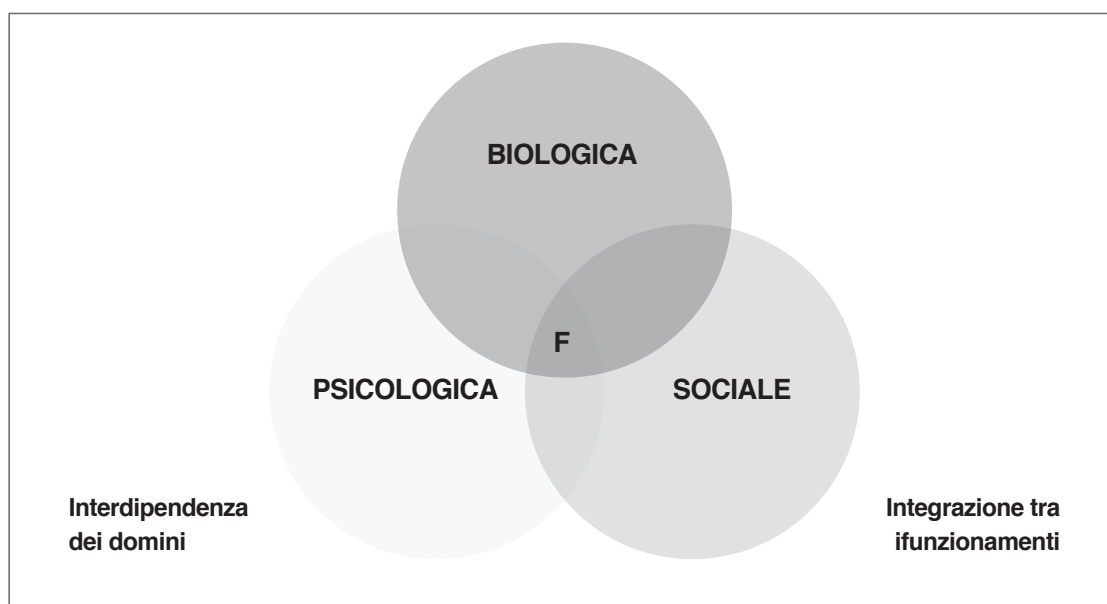
Nei riguardi dell'anziano ci si rivolgerà quindi a quelle sostanze che abbiano dimostrato minori effetti avversi, ponendo l'attenzione sull'insorgenza di ipotensione ortostatica, di alterazioni elettrocardiografiche, di stipsi, di ritenzione urinaria e soprattutto sulla riduzione delle performances cognitive o sul peggioramento di un deficit già esistente. Inoltre molti farmaci usati in età avanzata possono causare a loro volta sintomi depressivi: propranololo, diuretici, metildopa e psicotropi come neurolettici, benzodiazepine e barbiturici; inoltre alcuni analgesici-antinfiammatori (9).

Interventi psicosociali

Anche in questo tipo di approccio è necessario pensare al precario equilibrio omeostatico in cui viene a trovarsi l'anziano fragile, per cui i livelli somatico, psicologico e sociale si intrecciano in un meccanismo di feedback dentro al quale vi è la centralità della persona e delle sue funzioni.

Il geriatra può essere il coordinatore di un'equipe multiprofessionale capace di elaborare un progetto terapeutico che tenga conto delle tre sfere (Fig. 7), in particolare dell'ambiente in cui l'anziano vive e delle risorse familiari esistenti, ma anche dei desideri dell'an-

Figura 7- Le tre sfere: visione dinamica



ziano stesso e soprattutto delle sue *capacità conservate* a livello fisico, cognitivo e affettivo. A proposito di una valutazione accurata, possono essere utili i test abitualmente utilizzati per la valutazione dei sintomi depressivi e della qualità di vita, anche se spesso auto-somministrati e quindi con difficoltà di rilevazione. L'alternativa migliore è un diretto colloquio empatico con la persona.

Comunque proprio per non alimentare l'umore depresso con richieste eccessive, che mettano la persona di fronte ai suoi deficit, il progetto deve creare un compenso alle sue perdite, ponendosi anche obiettivi di socializzazione, sempre che l'anziano lo voglia.

In effetti l'esperienza fa rilevare quanto sia efficace un setting di gruppo, anche con la partecipazione di altre figure professionali, e quindi una "minore medicalizzazione" che spinga la persona verso una normalità nel suo contesto familiare.

L'approccio di gruppo è particolarmente indicato per le persone con demenza che presentano sintomi depressivi. Infatti gli studi osservazionali, ormai rilevanti in letteratura, mostrano come l'efficacia terapeutica di tali interventi sia maggiore proprio sulla sfera del tono dell'umore. E il miglioramento del tono dell'umore fa sì che regredisca quell'"eccesso di disabilità", spesso causato proprio dalla depressione.

In questo senso hanno mostrato efficacia tutti gli interventi a mediazione artistica, come la *musicoterapia*, l'*arteterapia* (nelle loro varie articolazioni attive e passive) e le visite museali, se condotte con precisi obiettivi progettuali e secondo corretti criteri valutativi. Persino la presenza di un animale domestico accanto ad un anziano con sintomi depressivi (la *pet-therapy*) è stata valutata positivamente, per l'instaurarsi di una relazione che soddisfa bisogni reciproci: l'identità di un ruolo, la rassicurazione del proprio valore, l'esercizio di un potere, la dipendenza da un oggetto d'amore.

Ma per il depresso anziano, con il suo rallentamento motorio e il calo della gestualità e della destrezza, riveste particolare importanza l'offerta di una attività fisica, che non sia la solita ginnastica praticata nei centri anziani, che il nostro depresso quasi sempre rifiuta. Si tratta piuttosto di motivarlo tramite un esercizio fisico che contenga una serie di stimoli cognitivi e affettivi, al fine di incentivare certamente le funzioni dell'apparato neuromuscolare, ma anche di contrastare la perdita dello schema corporeo e l'aprassia, assieme al senso di inutilità; per non parlare della socializzazione che il gruppo comporta. Infatti la variante "danzaterapia", che aggiunge la musica all'esercizio fisico, è risultata efficace dal punto di vista motorio oltre che più gradevole! (10).

Fin qui si è parlato di gruppo, ma ciò non toglie l'importanza per la persona anziana depressa di un approccio psicoterapico individuale, che dovrebbe dare sostegno soprattutto al mantenimento dell'identità, minacciata proprio da conflitti familiari, da un ambiente sfavorevole. Nei grandi vecchi incide anche la concomitanza di altre patologie che generano angoscia di morte, con la manifestazione di un'ansia insostenibile. Infatti appare evidente come in generale la depressione dell'anziano sia frequentemente tinteggiata di

ansia, associata alla sensazione di grande vulnerabilità della persona, ciò che giustificherebbe l'uso degli ansiolitici, da prescrivere con grande prudenza per via degli effetti collaterali avversi, già delineati e soprattutto sull'equilibrio (11).

Da quanto detto precedentemente emerge che l'intervento psicoterapico, sia individuale che di gruppo, deve essere effettuato con grande delicatezza, se si vuole realmente sostenere quell' "io minacciato" dalle perdite che inevitabilmente accompagnano la vecchiaia. È necessario quindi conoscere la storia della persona e dell'ambiente che lo circonda, in modo da attivarne tutte le risorse ancora conservate e facilitarle la mobilitazione sia psichica che fisica.

Da non dimenticare che nell'alleanza terapeutica che così si crea, non deve mancare la presenza e il coinvolgimento nelle cure del caregiver principale e possibilmente di tutto il nucleo familiare (12).

Il diritto di essere tristi

Prima di chiudere il discorso sulla depressione in tarda età, sia consentita all'anziana autrice qualche parola in difesa della malinconia, dimenticando per un attimo i termini scientifici e le evidenze della patologia clinica. La malinconia può essere intesa come *altra cosa* dall'umor nero degli antichi o dall'accidia dei monaci medioevali; dalla perdita di connessioni significative tra le cose o dalla depressione psichica oggetto delle nostre cure. La malinconia non è spesso una trama che permea la nostra vita (fino, è vero, a volte a distruggerla!) ma che ne accompagna le incertezze e *la fragilità* con una intensa forza interiore, da considerare comunque un valore, da non negare, da non perdere? Non è forse la malinconia il frutto della consapevolezza?

Nella *Melancolia* incisa da Durer è un angelo che ne interpreta la parte, anche se le sue ali sono ripiegate e il suo sguardo è fisso con un pensoso distacco, al di là degli oggetti animati e inanimati che lo circondano. L'affollamento delle cose intorno sembra essere l'ancora al mondo reale, nel quale il malinconico è immerso suo malgrado, mentre va alla ricerca di qualcosa che lo trascenda, ma che allo stesso tempo gli dia valore. Il suo sguardo va oltre gli strumenti della scienza, i pesi e le misure, i manufatti dovuti alla destrezza degli artigiani, la materia architettonica.

Questo altro modo di concepire la malinconia, che è comunque un vissuto a cui si aggiungono le percezioni, le esperienze e i legami individuali degli esseri umani, può aprire nuove strade proprio a chi vuole curare: saper essere accanto a chi chiede di esprimere la tristezza al di fuori delle categorie e degli schemi consueti.

BIBLIOGRAFIA

1. Mecocci P, Cherubini A, Mariani E et al. Depression in the elderly: new concepts and therapeutic approaches. *Aging Clin Exp Res* 2004; 16: 176-189.
2. Mojtabai R. Diagnosing depression in older adults in primary care. *N. Engl J Med* 2014; 370:1180-2.
3. Senin U, Bartorelli L, Salvioli S. I grandi vecchi: curare ancora. Roma, Carocci Faber, 2013.
4. Cherubini A, Nisticò G, Rozzini R et al. Subthreshold depression in older subjects: an unmet therapeutic need. *J Nutr Health Aging* 2012; 16: 909 – 13.
5. Mezuk B, Edwards L, Lohman M et al. Depression and frailty in later life: A synthetic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 2011; 27: 879–892.
6. Rozzini R, Trabucchi M. Affective state and symptoms in the elderly persons. *J Am Geriatr Soc*, 2012; 60: 989-90.
7. Gruppo di studio sull'invecchiamento cerebrale SIGG. Stress del caregiver: lo studio SIGG. *Giorn. Gerontol.* 2000; 48: 777-780.
8. Associazione Italiana di Psicogeriatria. La depressione nella persona che invecchia, Documento di AIP. 2015; X – 1 suppl. 2.
9. Spina E., Trifirò G., Caraci F. Clinically significant drug interactions with newer antidepressants: an update. *CNS Drugs*, 2012; 26 – 1: 39-67.
10. Bartorelli L. Le buone pratiche per l'Alzheimer. Roma, Carocci Faber, 2015.
11. Piquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. *Aging Ment Health* 2007; 11: 645-57.
12. Taylor W. D. Depression in the Elderly. *N Engl J Med* 2014; 371:1228-1236.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno