L'ANGOLO DELLA PSICOLOGIA PER LA TERZA ETÀ

MARISA MENGHINI
PSICOLOGA

MI PRESENTO

“D.ssa Marisa Menghini, psicologa, specializzanda in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale. Attualmente collabora con diverse cooperative e associazioni per la conduzione di Caffè Alzheimer, percorsi di Stimolazione Cognitiva individuale e di gruppo e corsi di allenamento della memoria. Si occupa di sostegno psicologico ad adulti e anziani e di temi legati all’invecchiamento. È inoltre formatrice di comunicazione e relazione di cura in corsi per Operatore Socio-Sanitario.”

AFFRONTARE LE SFIDE DELL'INVECCHIAMENTO

"Se si cura una malattia si vince o si perde, se si cura una persona, vi garantisco che in quel caso, si vince qualunque esito abbia la terapia!"

Hunter Doherty "Patch" Adams, Medico

AGENDA E PROGRAMMA

- PSICOPATOLOGIA NEGLI ANZIANI: DEMENZA, DEPRESSIONE, ANSIA E DISTURBI DEL SONNO
- IL SUPPORTO PSICOLOGICO AL CAREGIVER FAMILIARE
- DOMANDE E RISPOSTE

POTRETE TROVARE IL MATERIALE DELL'INCONTRO DI OGGI SUL SITO DI IDA POLI DALLA SCHERMATA «HOME»

PSICOLOGIA E PSICOPATOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO

PSICOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO: DISCIPLINA SCIENTIFICA CHE STUDIA I CAMBIAMENTI CHE AVVENGONO CON L'AVANZARE DELL'ETÀ IN PROSPETTIVA DI «ARCO DI VITA»

PSICOPATOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO: DISCIPLINA CHE STUDIA I «QUADRI PSICO-PATOLOGICI» PIÙ FREQUENTI NEGLI ANZIANI

Fonte della presentazione: webinar D.ssa Sciore, Studi Cognitivi

PSICOPATOLOGIA DELL'INVECCHIAMENTO

- DISTURBI EMOTIGENI (ANSIA, DEPRESSIONE)
- SINTOMATOLOGIA PSICOTICA (DELIRI, ALLUCINAZIONI, DISPERCEZIONI)
- DISTURBI NEUROCOGNITIVI (DEMENZE)

I DISTURBI NEUROCOGNITIVI

I DISTURBI NEUROCOGNITIVI

- L'INVECCHIAMENTO È UN PROCESSO MULTIDIREZIONALE ED È CARATTERIZZATO SIA DA PERDITE CHE DA GUADAGNI
- IN QUESTA FASE EVOLUTIVA FISIOLOGICA POSSONO INSORGERE CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ CHE OSTACOLANO I MECCANISMI DI COMPENSAZIONE E DETERMINANO UNA DIMINUZIONE SIGNIFICATIVA DELLA QUALITÀ DI VITA E DEL FUNZIONAMENTO DELL'ANZIANO
- DETERIORAMENTO COGNITIVO (DISTURBO NEUROCOGNITIVO LIEVE O MAGGIORE)

UNA DEFINIZIONE DI DEMENZA

- TERMINE GENERICO CHE INCLUDE UN GRUPPO ETEROGENEO DI CONDIZIONI PATOLOGICHE ACQUISITE (DIVERSE QUINDI DAL «NORMALE» INVECCHIAMENTO) CON VARIA EZIOLOGIA E DECORSO MA CON UN QUADRO CLINICO MOLTO SIMILE
- COMPROMISSIONE STABILE DELLE FUNZIONI CEREBRALI SUPERIORI
- DEFICIT COGNITIVI MISURABILI
- ALTERAZIONI DELLO STATO EMOZIONALE
- DISTURBI COMPORTAMENTALI
- IMPLICA UNA LIMITAZIONE NELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA, VARIABILE A SECONDA DELLA PERVASIVITÀ E STADIALITÀ DEL DISTURBO

I DISTURBI NEUROCOGNITIVI

SECONDO IL **DSM-5** (MANUALE DIAGNOSTICO E STATISTICO DEI DISTURBI MENTALI)

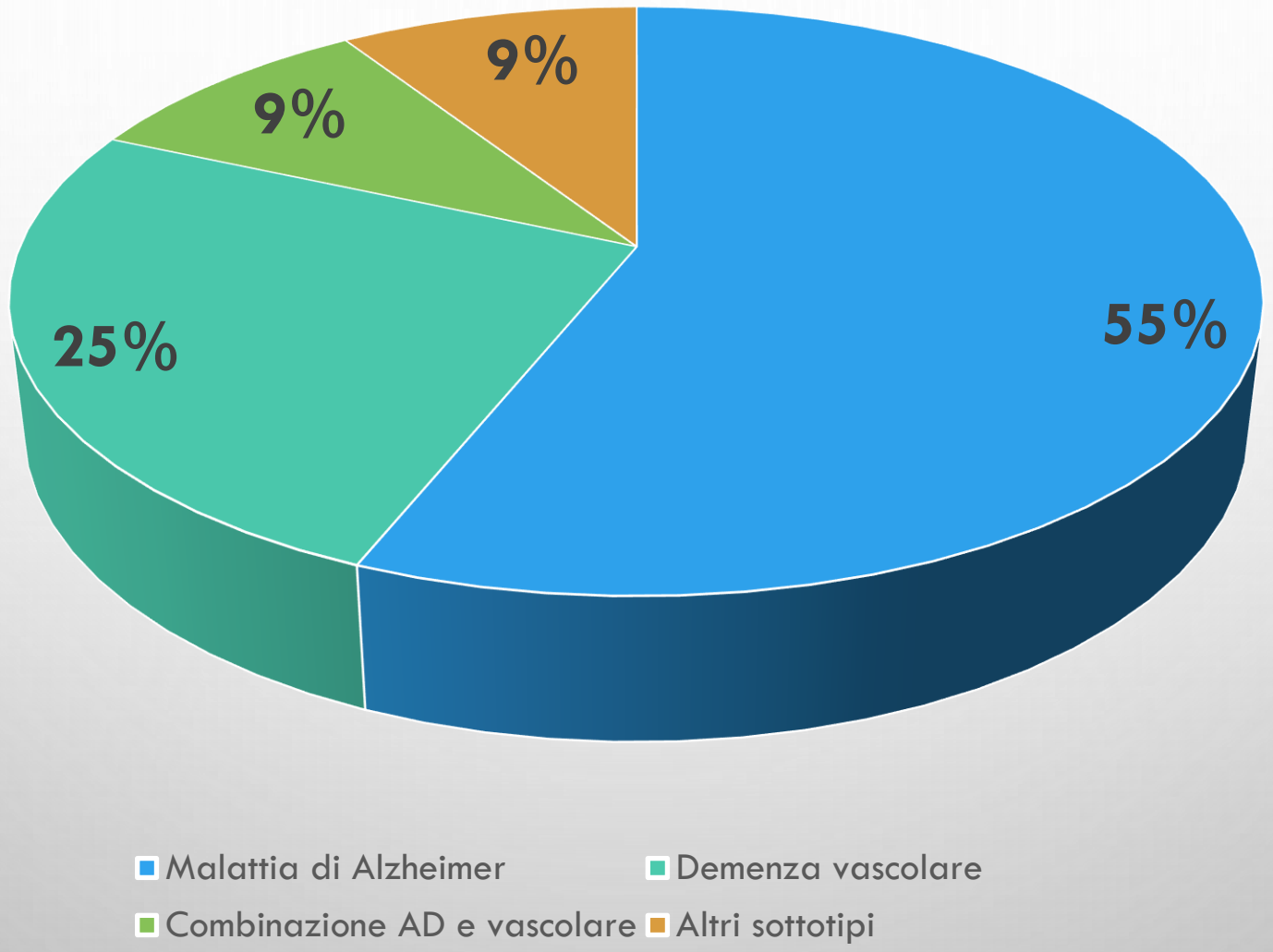
- ❖DISTURBO NEUROCOGNITIVO **LIEVE**
- ❖DISTURBO NEUROCOGNITIVO **MAGGIORE**

- DECLINO IN UNO O PIÙ DOMINI COGNITIVI (ATTENZIONE, APPRENDIMENTO E MEMORIA, FUNZIONI ESECUTIVE, LINGUAGGIO, FUNZIONE PERCETTIVO-MOTORIA, COGNIZIONE SOCIALE, SPAZIALE E TEMPORALE)
- INTERFERENZA CON LE ATTIVITÀ DI VITA QUOTIDIANA
- SINTOMI NON MEGLIO SPIEGATI DA ALTRI DISTURBI MENTALI O NEL CORSO DI UN DELIRIUM

LE POSSIBILI CAUSE DI DEMENZA

- CAUSE **REVERSIBILI**: DIABETE E COLESTEROLO, CARENZA DI VITAMINA B12, TUMORI CEREBRALI, FARMACI (ANTICOLINERGICI), SOSTANZE CHIMICHE (MONOSSIDO DI CARBONIO), INFEZIONI, PROBLEMI TIROIDEI
- CAUSE **NON REVERSIBILI**: MORBO DI ALZHEIMER, MALATTIA DI HUNTINGTON, MORBO DI PARKINSON, ISCHEMIA, DEGENERAZIONE FRONTO-TEMPORALE, MORBO DI PICK, MALATTIA DEI CORPI DI LEVY
- NELLA MALATTIA DI ALZHEIMER IL DANNO NEUROPATOLOGICO ALLA BASE SEMBRA ESSERE LEGATO ALL'ALTERAZIONE DEL METABOLISMO DI UNA PROTEINA, PRECURSORE DELLA BETA AMILOIDE, CHE PER RAGIONI ANCORA NON DEL TUTTO CHIARITE COMINCIA AD ESSERE METABOLIZZATA IN MODO ALTERATO PORTANDO ALLA FORMAZIONE DI UNA SOSTANZA NEUROTOSSICA, LA BETA AMILOIDE CHE SI ACCUMULA DANDO ORIGINE A SINTOMI COGNITIVI

FREQUENZA DEI SOTTOTIPI



SINTOMI E CORRELATI DI NEUROIMAGING

Forma neurodegenerativa	Sintomi principali	*Neuroimaging*
Alzheimer atipico: variante linguistica (afasia progressiva primaria logopenica)	• Deficit nel recupero di singole parole nel linguaggio spontaneo • Deficit di ripetizione di frasi • Errori fonologici • Buona articolazione e comprensione di parole	• RM: atrofia fronto-parietale sx • PET-FDG: ipometabolismo frontoparietale sx
Alzheimer atipico: variante visiva: atrofia corticale posteriore	• Sindrome di Balint • Sindrome di Gerstmann • Agnosia • Prosopoagnosia	• RM: atrofia parieto-occipitale • PET-FDG: ipometabolismo parieto-occipitale
Alzheimer atipico: variante esecutivo frontale	• Deficit esecutivo-frontale • Deficit mnesico	• RM: atrofia frontale e temporo-mediale • PET-FDG: ipometabolismo frontale bilaterale
Demenza fronto-temporale: afasia progressiva primaria, variante non fluente agrammatica	• Agrammatismo • Difficoltà di produzione linguistica con distorsioni del suono (aprassia del linguaggio) • Deficit nella comprensione di frasi sintatticamente complesse • Risparmio della comprensione di singole parole	• RM: atrofia fronto-insulare sx • PET-FDG: ipometabolismo fronto-insulare sx

Fonte: Cappa e colleghi, 2020

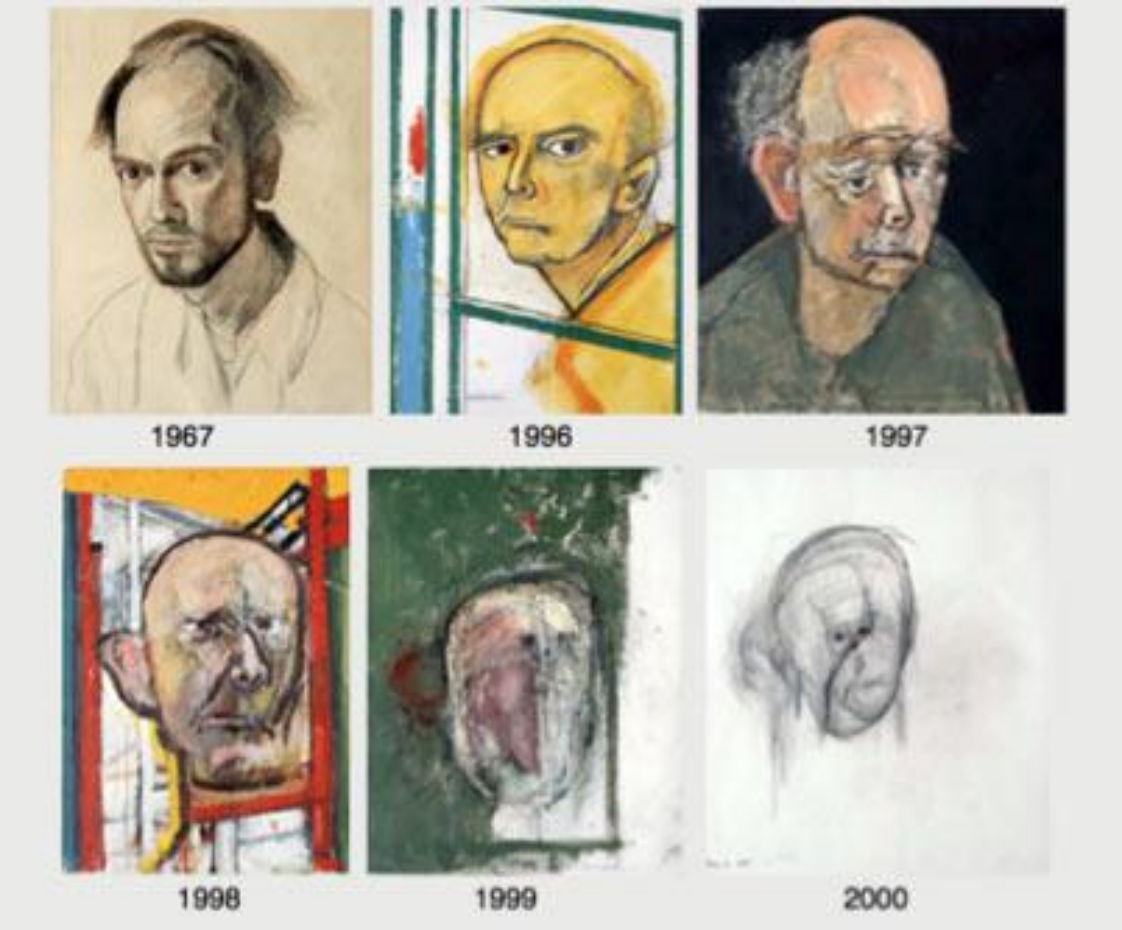
SINTOMI E CORRELATI DI NEUROIMAGING

Demenza fronto-temporale: afasia progressiva primaria, variante semantica	• Deficit di denominazione e di comprensione di singole parole • Deficit nel riconoscimento di oggetti	• RM: atrofia temporale anteriore • PET-FDG: ipometabolismo lobo temporale anteriore
Demenza fronto-temporale: variante comportamentale	• Disturbi del comportamento (disinibizione, apatia, stereotipie, iperoralità) • Deficit attentivo-esecutivi	• RM: atrofia del lobo frontale e temporale • PET-FDG: ipometabolismo fronto temporale
Demenza vascolare	• Disturbi dell'andatura, instabilità e cadute frequenti • Modificazioni della personalità e dell'umore con abulia, depressione, incontinenza emotiva • Alterazioni di natura sottocorticale quali ritardo psicomotorio, anormalità delle funzioni esecutive	• RM: evidenza di malattia cerebrovascolare
Demenza a corpi di Lewy	• Deficit attentivi, esecutivi, visuo-spaziali • Fluttuazioni cognitive • Allucinazioni • Parkinsonismo	• RM: atrofia generalizzata
Idrocefalo normoteso	• Difficolta di deambulazione • Difficoltà cognitive • Incontinenza urinaria	• RM: allargamento dei corni temporali

BPSD – DISTURBI COMPORTAMENTALI

- **SINTOMI PSICOPATOLOGICI**
  - ALLUCINAZIONI
  - DELIRI
  - DEPRESSIONE
  - ANSIA
  - ANEDONIA
  - APATIA
  - IRRITABILITÀ
  - AGGRESSIVITÀ
  - DISINIBIZIONE
- **DISTURBI DELLA SFERA MOTORIA**
  - RALLENTAMENTO MOTORIO
  - IPERATTIVITÀ MOTORIA, VAGABONDAGGIO, AFFACCENDAMENTO
  - IRREQUIETEZZA
  - AGITAZIONE
- **DISORDINI ALIMENTARI E DISTURBI NEL RITMO CIRCADIANO**
  - ANORESSIA
  - IPERFAGIA
  - PREFERENZA PER CIBI SPECIFICI
  - IPERSONNIA
  - INSONNIA

IL SE' PRESERVATO?



AUTORITRATTI DEL PITTORE WILLIAM UTERMOHLEN LUNGO IL SUO PERCORSO DI MALATTIA

FATTORI DI RISCHIO E FATTORI PROTETTIVI

Fonte: Cappa e colleghi, 2020

LA RISERVA COGNITIVA

I FATTORI BIOLOGICI E ANATOMOPATOLOGICI NON SONO IN GRADO DI SPIEGARE DA SOLI LE MANIFESTAZIONI DEI SINTOMI, ALTRI FATTORI SEMBRANO ESSERE CORRELATI: PERSONALITÀ (OTTIMISMO), STORIA DI VITA, ATTIVITÀ MENTALE E FISICA

CONCENTRARSI SU ATTIVITÀ INTELLETTUALMENTE IMPEGNATIVE PUÒ ATTENUARE GLI EFFETTI DELLE LESIONI CEREBRALI PROVOCATE DALLA MALATTIA E PROMUOVERE LA PLASTICITÀ CEREBRALE

L'APPRENDIMENTO È UNO STRUMENTO CHE PUÒ SERVIRE A RAFFORZARE IL NOSTRO CERVELLO E RENDERLO PIÙ RESISTENTE ALLA DEMENZA

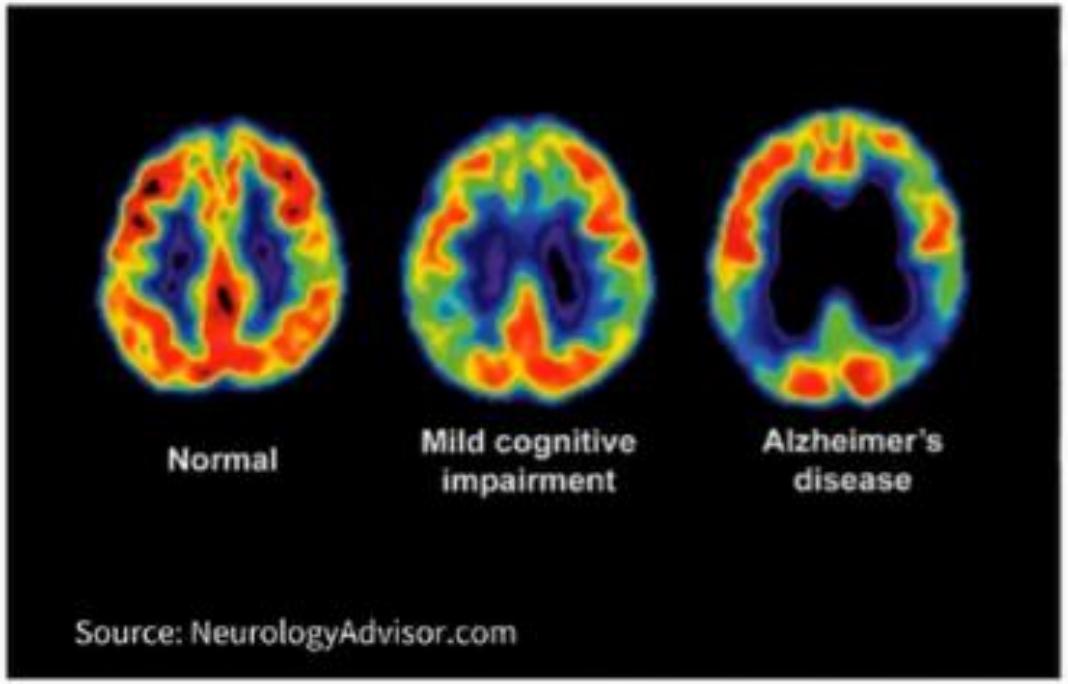
RISERVA COGNITIVA: INTERESSE PER LA CULTURA, SVOLGERE ATTIVITÀ CHE RICHIEDONO SFORZO INTELLETTUALE, AVERE UN'AMPIA RETE DI RELAZIONI SOCIALI, MODERATO ESERCIZIO FISICO QUOTIDIANO, LEGGERE DI FREQUENTE, PRATICARE ATTIVITÀ COMPLESSE COME SUONARE UNO STRUMENTO MUSICALE

MCI (DISTURBO NEUROCOGNITIVO LIEVE)

È POSSIBILE INDIVIDUARE COMPROMISSIONI PARZIALI DELL'EFFICIENZA COGNITIVA. TALI QUADRI RIENTRANO NELLA DEFINIZIONE DI **MILD COGNITIVE IMPAIMENT (MCI)** O DISTURBO NEUROCOGNITIVO LIEVE CHE SI CARATTERIZZA PER LA PRESENZA DI UN DEFICIT COGNITIVO PER LO **PIÙ ISOLATO, IN ASSENZA DI UNA GLOBALE COMPROMISSIONE NEL FUNZIONAMENTO QUOTIDIANO**

FREQUENTEMENTE I PAZIENTI CON MCI PRESENTANO UN SIGNIFICATIVO DEFICIT DI MEMORIA CHE PUO' ACCOMPAGNARSI AD UN MINOR COINVOLGIMENTO DI ALTRE FUNZIONI COGNITIVE, QUALI LINGUAGGIO, FUNZIONI ESECUTIVE, …

LE EVIDENZE PRESENTI IN LETTERATURA CONFERMANO COME **MAGGIORI RISORSE DI RISERVA COGNITIVA RITARDANO IL MANIFESTARSI DEI SINTOMI** MCI IN PRESENZA DI NEURODEGENERAZIONE E LA SUCCESSIVA PERVASIVITA' DELLA MALATTIA DI ALZHEIMER



INTERVENTI PSICOSOCIALI

Intervento psico-sociale	Gravità		
	Lieve	Moderata	Severa
Training cognitivo	+		
Stimolazione cognitiva	+	+	
Riabilitazione cognitiva	+		
ROT	+	+	
Terapia della reminescenza	+	+	
Terapia cccupazionale	+	+	
Validation therapy		+	+
Musicoterapia	+	+	+
Aromaterapia		+	+
Fototerapia		+	+

DECALOGO PER LA PREVENZIONE DEL DECLINO COGNITIVO

1. Faccia esercizio fisico
2. Tenga il cervello occupato
3. Frequenti i suoi familiari e amici ed eviti l'isolamento
4. Controlli regolarmente la pressione
5. Faccia regolarmente gli esami del sangue, secondo i consigli del medico
6. Faccia attenzione alla dieta
7. Eviti il fumo e l'eccesso di alcool
8. Se è giù di morale, ne parli con il medico
9. Se non dorme bene, ne parli con il medico
10. Se non ci sente o non ci vede bene, ne parli con il medico

Fonte: Cappa e colleghi, 2020

IL SUPPORTO PSICOLOGICO AI CAREGIVER

CHI È IL CAREGIVER?

- **FORMALE**: OPERATORE SOCIO-ASSISTENZIALE CHE OPERA IN MODO PROFESSIONALE
- **INFORMALE**: SOLITAMENTE UN FAMILIARE CHE PRESTA ASSISTENZA SENZA UNA FORMAZIONE SPECIFICA.
- NON È ADEGUATAMENTE INFORMATO SUL DECORSO DELLA MALATTIA E SULLA GESTIONE QUOTIDIANA DEL FAMILIARE CON DEMENZA. L'ANZIANO AFFETTO DA DEMENZA, SOPRATTUTTO NELLE FASI MODERATE E AVANZATE DELLA MALATTIA, RICHIEDE UN ELEVATO CARICO ASSISTENZIALE CHE RICADE SULLE SPALLE DEL FAMILIARE CHE ASSISTE. GLI EFFETTI DI TALE ASSISTENZA POSSONO MINARE LA SALUTE FISICA E IL BENESSERE PSICOLOGICO DEL CAREGIVER, CON EFFETTI NEGATIVI ANCHE SULLA SUA QUALITÀ DI VITA.

Fonte: Govoni e colleghi, 2020

CAREGIVER BURDEN

- NUMEROSI STUDI HANNO INFATTI DIMOSTRATO COME I CAREGIVER DI PERSONE CON DEMENZA SIANO MAGGIORMENTE A RISCHIO DI SVILUPPARE IL COSIDDETTO **CAREGIVER BURDEN**, UNA CONDIZIONE CARATTERIZZATA DA **MANIFESTAZIONI PSICOFISICHE DI STRESS** CHE PUÒ PORTARE A UN PEGGIORAMENTO DELLA SALUTE FISICA, CON DIMINUZIONE DELLE DIFESE IMMUNITARIE, ESAURIMENTO EMOTIVO, SVILUPPO DI ANSIA, DEPRESSIONE, DISTURBI DEL SONNO, DISTURBI GASTRO-INTESTINALI E PEGGIORAMENTO DEL FUNZIONAMENTO COGNITIVO

CAREGIVER BURDEN: FATTORI DI RISCHIO

SPESSO IL CAREGIVER **NON È CONSAPEVOLE** DELLA SUA SINTOMATOLOGIA.

L'UTILIZZO DELLA SCALA DI VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE CAREGIVER BURDEN INVENTORY PUÒ FORNIRE UTILI INFORMAZIONI PER IDENTIFICARE IL CARICO SOGGETTIVO SPERIMENTATO DAI CAREGIVER.

DIVERSI **FATTORI** POSSONO AUMENTARE LA PRESENZA DI TALE SINTOMATOLOGIA:

IL GENERE FEMMINILE, L'ETÀ AVANZATA, IL RAPPORTO DI PARENTELA CONIUGALE, EVENTI DI VITA STRESSANTI, SCARSA SALUTE FISICA E MENTALE, BASSA SODDISFAZIONE DELLA VITA, CARATTERISTICHE DI PERSONALITÀ QUALI ALTI LIVELLI DI NEVROTICISMO, BASSA ESTROVERSIONE E INFINE LA PRESENZA DI DISTURBI COMPORTAMENTALI NEL FAMILIARE MALATO.

TALE SINTOMATOLOGIA NEL CAREGIVER PUÒ A SUA VOLTA PEGGIORARE I DISTURBI COMPORTAMENTALI DELLA PERSONA CON DEMENZA, I QUALI A LORO VOLTA AUMENTANO I LIVELLI DI BURDEN, INSTAURANDO COSÌ UN **CIRCOLO VIZIOSO**

INTERVENTI DI SUPPORTO PER IL CAREGIVER

FONDAMENTALE INDIRIZZARE IL CAREGIVER STESSO VERSO INTERVENTI DI SUPPORTO ALLA **GESTIONE DELLO STRESS**, COME SUGGERITO ANCHE DALLE LINEE GUIDA INTERNAZIONALI SULLA DEMENZA. LA LETTERATURA SCIENTIFICA HA CONFERMATO CHE GLI INTERVENTI DI SUPPORTO SONO EFFICACI SIA NEL RIDURRE LA SINTOMATOLOGIA ANSIOSA-DEPRESSIVA E LO STRESS CHE NELL'AUMENTARE IL BENESSERE GENERALE NEL CAREGIVER, CON RIPERCUSSIONI POSITIVE SULLA QUALITÀ DI VITA DEL FAMILIARE CON DEMENZA. ESISTONO DIFFERENTI TIPOLOGIE DI INTERVENTI DI SUPPORTO

INTERVENTI DI SUPPORTO PER IL CAREGIVER

Tipologie di interventi di supporto per i caregiver informali di familiari con demenza.

Interventi di tipo psico-educazionale	Interventi strutturati che hanno lo scopo di fornire al caregiver informazioni e conoscenze sulla progressione della malattia del proprio familiare (ad esempio, la malattia di Alzheimer) e di insegnare abilità specifiche di coping per la gestione dei problemi comportamentali comunemente associati alla malattia. Tali interventi prevedono anche l'insegnamento delle strategie più funzionali per gestire le proprie emozioni, le situazioni di stress e acquisire consapevolezza della malattia del proprio familiare
Interventi di psicoterapia	Interventi di psicoterapia individuale o di gruppo che forniscono supporto psicologico al caregiver nella gestione dello stress, ansia e depressione associata all'assistenza del proprio familiare. Tra gli approcci psicoterapici viene preferita la terapia cognitivo-comportamentale che permette di rendere i caregiver consapevoli dei loro pensieri e delle loro emozioni disfunzionali in modo tale da consentire di modificarli o modularli
Interventi basati sulla *mindfulness*	Interventi basati sull'approccio di meditazione *mindfulness* che prevede di insegnare ai caregiver ad assumere un atteggiamento e uno stato mentale volti a diminuire i livelli di stress, a migliorare l'umore, il senso di auto-efficacia e la qualità di vita percepita
Interventi di supporto sociale	Interventi che prevedono l'interazione tra persone (professionisti o altri caregiver) con l'obiettivo di fornire supporto e sostegno reciproco attraverso la condivisione di preoccupazioni ed esperienze personali. Lo scopo di tali interventi è quello di migliorare il benessere e il funzionamento psicologico e sociale
Interventi di training sul paziente con coinvolgimento del caregiver	Si tratta di interventi rivolti al paziente con demenza (ad esempio stimolazione cognitiva, terapia della reminiscenza, terapia occupazionale ecc.) nei quali viene coinvolto il caregiver come parte integrante dell'intervento stesso
Interventi multicomponenziali	Tali interventi prevedono l'implementazione nel medesimo intervento di due o più approcci concettualmente diversi, come ad esempio l'unione dell'intervento di supporto sociale e psico-educazionale
Interventi misti	In questa categoria vengono inseriti tutti gli interventi che non possono essere classificati nelle categorie precedenti, come ad esempio interventi di esercizio fisico per il caregiver, interventi computerizzati (utilizzo di piattaforme digitali che forniscono informazioni per affrontare la progressione della malattia), interventi per migliorare la comunicazione e il processo decisionale, interventi basati sull'arte e sulla reminiscenza

EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

LA LETTERATURA SCIENTIFICA HA DIMOSTRATO COME GLI **INTERVENTI DI TIPO INDIVIDUALE SIANO I PIÙ EFFICACI NEL RIDURRE LO STRESS PERCEPITO**, IN QUANTO SI ADATTANO AI BISOGNI SPECIFICI DEL CAREGIVER, MENTRE GLI **INTERVENTI DI GRUPPO PERMETTONO DI DIMINUIRE LA PERCEZIONE DI ISOLAMENTO SOCIALE** PROVATA DAI CAREGIVER.

GLI INTERVENTI PSICO-EDUCAZIONALI, PSICOTERAPEUTICI E MULTIDIMENSIONALI SONO QUELLI CHE MOSTRANO EFFETTI BENEFICI MAGGIORI SU DEPRESSIONE, ANSIA E BURDEN NEL BREVE TERMINE.

I CAREGIVER CHE PRESENTANO UNA GRAVE SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA E ANSIOSA SEMBRANO BENEFICIARE MAGGIORMENTE DEGLI INTERVENTI PSICOTERAPEUTICI.

SERVIZI SUL TERRITORIO NAZIONALE CHE HANNO L'OBIETTIVO DI FORNIRE AL CAREGIVER UN **SOLLIEVO** DALL'ELEVATO CARICO ASSISTENZIALE RICHIESTO. TRA QUESTI RIENTRANO, AD ESEMPIO, I "CENTRI SOLLIEVO", I CENTRI DIURNI E L'ASSISTENZA DOMICILIARE.

UN ASPETTO CRUCIALE NEL SUPPORTO AL CAREGIVER VIENE FORNITO DALLE **ASSOCIAZIONI** CHE A LIVELLO NAZIONALE E LOCALE FORNISCONO INFORMAZIONI, SUPPORTO EMOTIVO, CONSIGLI PRATICI, GRUPPI DI SOSTENGO E PROGRAMMI DI FORMAZIONE PER SOSTENERE LE PERSONE CON DEMENZA E LE LORO FAMIGLIE. IL MEDICO DOVREBBE INCORAGGIARE IL CAREGIVER ALLA PARTECIPAZIONE AGLI INTERVENTI DI SUPPORTO DISPONIBILI SUL TERRITORIO, NON SOLO IN SITUAZIONI IN CUI EMERGONO SEGNALI DI BURDEN, MA ANCHE COME **FORMA PREVENTIVA** NEL MOMENTO IN CUI AVVIENE LA DIAGNOSI DI DEMENZA AL PROPRIO FAMILIARE.

ANSIA E DEPRESSIONE NEGLI ANZIANI

ANSIA E DEPRESSIONE NEL DSM-5

- **SINTOMI PSICOLOGICI**: TRISTEZZA, SENSAZIONE DI VUOTO, IRRITABILITÀ, APATIA, PERDITA DI INTERESSE, PESSIMISMO, MINOR FIDUCIA IN SE STESSI E SENSO DI COLPA
- **SINTOMI FISIOLOGICI**: ALTERAZIONE DEL RITMO SONNO-VEGLIA, AUMENTO O DIMINUZIONE DELL'APPETITO, AFFATICAMENTO O PERDITA DI ENERGIA
- **SINTOMI COGNITIVI**: RALLENTAMENTO, DIFFICOLTÀ DI CONCENTRAZIONE, DI DECISIONE E MEMORIZZAZIONE (APPRENDIMENTO DI NUOVE INFORMAZIONI E RECUPERO CONTESTUALE DI QUELLE GIÀ PRECEDENTEMENTE IMMAGAZZINATE

Fonte: DSM-5, 2015

Tabella 1. Criteri diagnostici del disturbo depressivo maggiore.

A. Cinque o più dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di 2 settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere.

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni.
2. Marcata diminuzione di interesse o piacere per le attività quotidiane.
3. Significativa perdita di peso o aumento di peso (un cambiamento superiore al 5% in un mese), oppure diminuzione o aumento dell'appetito.
4. Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni.
5. Agitazione o rallentamento psicomotori.
6. Faticabilità o mancanza di energia.
7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti).
8. Ridotta capacità di concentrarsi, o indecisione.
9. Pensieri ricorrenti di morte (o suicidari) o un tentativo di suicidio.

B. I sintomi causano disagio significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale o lavorativo.

C. L'episodio non è attribuibile a effetti di sostanze o a un'altra condizione medica.

ANSIA E DEPRESSIONE NEGLI ANZIANI

A RENDERE COMPLESSA LA DIAGNOSI DI DEPRESSIONE NELL'ANZIANO CONTRIBUISCONO MOLTI **FATTORI** PSICOLOGICI, RELAZIONALI E SOCIO-AMBIENTALI: LA RAREFAZIONE DELLE RETI SOCIALI, I LUTTI, LA SOLITUDINE NON VOLUTA DEI LUOGHI DI CURA, LA DEAFFERENTAZIONE SENSORIALE (QUELLA DOVUTA A MALATTIE DEGLI ORGANI DI SENSO, IN PARTICOLARE VISTA E UDITO), L'EMBRICARSI DI SINTOMI FISICI CON QUELLI PSICOLOGICI, LA TENDENZA A MASCHERARE QUESTI ULTIMI CON PROBLEMI SOMATICI, LA COMPRESENZA DI PATOLOGIE CRONICHE, LA DISABILITÀ, IL COMBINARSI DI DEFICIT COGNITIVI CON LE FRAGILITÀ CHE NELL'ETÀ AVANZATA TENDONO AD ACCUMULARSI.

GLI **STRESSOR** A SIGNIFICATO DEPRESSOGENO PIÙ FREQUENTI IN ETÀ AVANZATA SONO RAPPRESENTATI DAI PROBLEMI CONIUGALI O FAMILIARI, CHE INCLUDONO SEPARAZIONI O DIFFICOLTÀ RELAZIONALI CON I FIGLI, DAL PENSIONAMENTO E DALLA PERDITA DI RUOLO SOCIALE, NONCHÉ DAL CAMBIO DI RESIDENZA. LA CONDIZIONE PIÙ FREQUENTE IN ASSOLUTO È LA COMPARSA DI UNA MALATTIA FISICA CON CONSEGUENTE DISABILITÀ, PERDITA DELL'AUTONOMIA E DELL'INDIPENDENZA

ANSIA E DEPRESSIONE NEGLI ANZIANI

DEPRESSIONE AD ESORDIO TARDIVO, CIOÈ DOPO I 50 ANNI (LATE-ONSET DEPRESSION - LOD). NELLA LOD UNA SERIE DI FATTORI SPECIFICI DI TIPO VASCOLARE E NEURODEGENERATIVO CONTRIBUISCANO ALLA VARIETÀ DELLE MANIFESTAZIONI. NELL'ANZIANO DEPRESSO SENZA EVIDENTE COMPROMISSIONE COGNITIVA (COMUNQUE NON AFFETTO DA DEMENZA), SONO SPESSO PRESENTI **LIEVI DEFICIT COGNITIVI** QUALI DIFFICOLTÀ DI CONCENTRAZIONE E DEFICIT DELLE FUNZIONI ESECUTIVE, NONCHÉ RALLENTAMENTO IDEOMOTORIO. QUESTI SINTOMI POSSONO MIGLIORARE, ANCHE SE NON DEL TUTTO, DOPO LA REMISSIONE DELL'EPISODIO DEPRESSIVO E POSSONO ESSERE IL SINTOMO SENTINELLA DI UNA SUCCESSIVA EVOLUZIONE IN DEMENZA.

DA UNA META-ANALISI CHE HA POSTO A CONFRONTO I SINTOMI DELLA DEPRESSIONE TRA LA POPOLAZIONE DEI GIOVANI ADULTI E QUELLA DEGLI ANZIANI, È EMERSO COME I SOGGETTI IN ETÀ PIÙ AVANZATA PRESENTINO IN MODO SIGNIFICATIVO MAGGIORE **ANSIA E AGITAZIONE, DISTURBI DEL SONNO PIÙ ACCENTUATI, MAGGIORE IPOCONDRIA E PIÙ FREQUENTI SINTOMI SOMATICI**, MINORI VISSUTI DI COLPA E MINORE PERDITA DI INTERESSE SESSUALE.

DEPRESSIONE SOTTO-SOGLIA NEGLI ANZIANI

IL TERMINE "DEPRESSIONE SOTTOSOGLIA" (DSS) COMPRENDE, IN GENERE, TUTTE QUELLE FORME DEPRESSIVE CHE SI CARATTERIZZANO PER UN NUMERO O UNA DURATA DI SINTOMI INSUFFICIENTI A RAGGIUNGERE IL LIVELLO DI UNA DELLE DIAGNOSI FORMALI DEL DSM-5, COME SOPRA ELENCATE, E CHE, D'ALTRA PARTE, SI ACCOMPAGNANO A UNA SOFFERENZA SOGGETTIVA E A UNA SIGNIFICATIVA COMPROMISSIONE NEL FUNZIONAMENTO SOCIALE.

- Alterazioni nel funzionamento
- Interferenza nell'adattamento sociale
- Frattura rispetto alle caratteristiche premorbose

ANSIA E DEPRESSIONE NEGLI ANZIANI

- PREVALENZA DELLA SINTOMATOLOGIA DELL'AREA SOMATICA (SPESSO ORIGINE DEL CALO UMORALE)
- COMORBILITÀ MOLTO ELEVATA CON I DISTURBI D'ANSIA, IN PARTICOLARE CON L'IPOCONDRIA
- FREQUENTE QUADRO CLINICO DEPRESSIVO SECONDARIO A UNA PATOLOGIA SOMATICA INCIPIENTE O CRONICA (DIABETE, DISTURBI CARDIACI, ARTROSI, NEOPLASIE, INFARTO, DISABILITÀ ACQUISITE
- EZIOPATOGENESI PECULIARE PER PARTICOLARI FATTORI PSICOSOCIALI (ISOLAMENTO, CAMBIAMENTO DELLO STATUS SOCIALE, ISTITUZIONALIZZAZIONE, PERDITA DEL CONIUGE, ESSERE CAREGIVER

DEPRESSIONE O DEMENZA?

- LA RIDUZIONE DELLE COMPETENZE COGNITIVE VIENE DESCRITTA COME «PSEUDO DEMENZA»
- NELLA MAGGIOR PARTE DEI CASI I PAZIENTI DEPRESSI SONO CONSAPEVOLI DEI PROPRI DEFICIT DI MEMORIA E DI PROBLEMI DI DISORIENTAMENTO SPAZIO-TEMPORALE
- TALE CONSAPEVOLEZZA INNESCA UN CIRCOLO VIZIOSO CHE FAVORISCE IL DECREMENTO DELLA PERFORMANCE COGNITIVA ED UN ULTERIORE CALO DELL'UMORE

DEPRESSIONE O DEMENZA?

DIAGNOSI DIFFERENZIALE:

Differential Diagnosis

Late-Life Depression with Cognitive Impairment	Depression of Alzheimer's Disease
Full Major Depressive Episode	Less severe depressive symptoms
More subjective complaints of cognitive symptoms	Less aware of cognitive symptoms
Rapid onset of depressive symptoms followed by development of cognitive impairment	Gradual onset & progress of cognitive impairment in addition to depressive symptoms
Cognitive impairment seen with tasks that assess effort	Combined presence of impairments in multiple cognitive domains

Fonte: Bilbrey e colleghi, 2020

DEPRESSIONE SENZA TRATTAMENTI

- Sottodiagnosticata
- Non è una risposta normale della vecchiaia
- Frequenti ricadute e cronicizzazione
- Alto rischio suicidario
- Disabilitante
- Aggrava le malattie somatiche

«AGEISM»

G. Salvioli 2002

POSSIBILI TRATTAMENTI

COM'È POSSIBILE INTERVENIRE?

- INTERVENTO DI SUPPORTO FAMILIARE
- STIMOLAZIONE/POTENZIAMENTO COGNITVO
- PROMOZIONE DI SOCIALIZZAZIONE E AUMENTO DELLE RISORSE DI RETE
- PSICOTERAPIA

POSSIBILI TRATTAMENTI

LA PSICOTERAPIA NEGLI ANZIANI

RECENTI EVIDENZE DIMOSTRANO COME LA PSICOTERAPIA SIA EFFICACE NEL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE ANCHE IN ETÀ AVANZATA ED IN PARTICOLARI SITUAZIONI DI COMORBILITÀ

LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE HA UN APPROCCIO COLLABORATIVO E STRUTTURATO E PORTA IL PAZIENTE A REALIZZARE UN CAMBIAMENTO NELLA PROPRIA VITA

IL SONNO NEGLI ANZIANI

IL SONNO: COME CAMBIA CON L'ETÀ?

- SUZUKI, MIYAMOTO E HIRATA (2017) RITENGONO CHE I PRINCIPALI CAMBIAMENTI LEGATI ALLA STRUTTURA DEL SONNO NEGLI ANZIANI SIANO LA **RIDUZIONE DEL TEMPO DI SONNO** E LA **COMPROMISSIONE DELLA QUALITÀ DEL SONNO**. INFATTI, QUESTI AUTORI RITENGONO CHE IL 75% DEGLI ANZIANI RIFERISCE SINTOMI DI INSONNIA E CHE I MECCANISMI OMEOSTATICI E CIRCADIANI CHE GUIDANO I CICLI DI SONNO E VEGLIA DIMINUISCONO CON L'ETÀ, RIDUCENDO COSÌ LA SPINTA AL SONNO E AUMENTANDO IL RISCHIO DI INSONNIA
- COME SINTETIZZATO DA CASSIDY-EAGER ET AL. (2022), L'INVECCHIAMENTO SI ACCOMPAGNA AD UNA FISIOLOGICA MODIFICAZIONE DELL'ARCHITETTURA DEL SONNO. I CAMBIAMENTI PIÙ FREQUENTI SONO:
  - L'AUMENTO DEI TEMPI DI ADDORMENTAMENTO,
  - LA MAGGIORE FREQUENZA DI RISVEGLI NOTTURNI
  - LA MINORE QUANTITÀ DI SONNO IN GENERALE (SEBBENE NEL CONTEMPO SI RISCONTRI UN PROLUNGAMENTO DEL TEMPO TRASCORSO A LETTO).
- TUTTI QUESTI CAMBIAMENTI POSSONO PREDISPORRE GLI ANZIANI ALLA FRAMMENTAZIONE DEL SONNO E ALL'INSONNIA. I SINTOMI DELL'INSONNIA POSSONO AVERE UNA MOLTITUDINE DI CONSEGUENZE DEBILITANTI.

INSONNIA: CRITERI DIAGNOSTICI

- VIENE RIFERITA UNA PREDOMINANTE INSODDISFAZIONE RIGUARDO LA QUANTITÀ O LA QUALITÀ DEL SONNO, ASSOCIATA A UNO (O PIÙ) DEI SEGUENTI SINTOMI: DIFFICOLTÀ A INIZIARE IL SONNO, DIFFICOLTÀ A MANTENERE IL SONNO, CARATTERIZZATA DA FREQUENTI RISVEGLI O PROBLEMI A RIADDORMENTARSI DOPO ESSERSI SVEGLIATI. RISVEGLIO PRECOCE AL MATTINO CON INCAPACITÀ DI RIADDORMENTARSI.
- L'ALTERAZIONE DEL SONNO CAUSA DISAGIO CLINICAMENTE SIGNIFICATIVO O COMPROMISSIONE DEL FUNZIONAMENTO IN AMBITO SOCIALE, LAVORATIVO, SCOLASTICO, UNIVERSITARIO, COMPORTAMENTALE O IN ALTRE AREE IMPORTANTI (ES. MANIFESTAZIONI DIURNE COME ASTENIA, SONNOLENZA, DIFFICOLTÀ DI CONCENTRAZIONE, IRRITABILITÀ)
- LA DIFFICOLTÀ DEL SONNO SI VERIFICA **ALMENO 3 VOLTE A SETTIMANA**.
- LA DIFFICOLTÀ DEL SONNO PERSISTE **PER ALMENO 3 MESI**.
- LA DIFFICOLTÀ DEL SONNO SI VERIFICA NONOSTANTE ADEGUATE CONDIZIONI PER DORMIRE.
- L'INSONNIA NON È MEGLIO SPIEGATA DA, E NON SI VERIFICA ESCLUSIVAMENTE DURANTE IL DECORSO DI, UN ALTRO DISTURBO DEL RITMO SONNO-VEGLIA (PER ES. NARCOLESSIA, UN DISTURBO DEL SONNO CORRELATO ALLA RESPIRAZIONE, UN DISTURBO CIRCADIANO DEL RITMO SONNO VEGLIA, UNA PARASONNIA).
- L'INSONNIA NON È ATTRIBUIBILE AGLI EFFETTI FISIOLOGICI DI UNA SOSTANZA (CIOÈ UNA SOSTANZA DI ABUSO, UN FARMACO).

INSONNIA: I TRATTAMENTI

- BENZODIAZEPINE
- MELATONINA
- ANTIDEPRESSIVI
- APPROCCIO PSICOTERAPICO: TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE (CBT-I)

DORMIRE BENE: ALCUNI CONSIGLI PRATICI

- DORMIRE BENE RAPPRESENTA UN FATTORE IMPORTANTE PER MANTENERE UNO STILE DI VITA E INVECCHIAMENTO SANO E ATTIVO
- AVERE UNA BUONA QUALITÀ DEL SONNO AIUTA AD AVERE UN BUON FUNZIONAMENTO FISICO E MENTALE, A RIDURRE I LIVELLI DI STRESS, A FAVORIRE IL BUONUMORE DURANTE LA GIORNATA

DORMIRE BENE: ALCUNI CONSIGLI PRATICI

- CERCA DI NON FARE SONNELLINI DURANTE IL GIORNO, SOPRATTUTTO IN PROSSIMITÀ DELLE ORE SERALI
- LA SERA CORICATI A LETTO QUANDO TI SENTI STANCO E SENTI IL BISOGNO DI DORMIRE
- CERCA DI MANTENERE DEGLI ORARI REGOLARI E COSTANTI, ANCHE DURANTE IL FINE SETTIMANA
- RENDI LA TUA CAMERA DA LETTO CONFORTEVOLE (BUIO, SILENZIO, TEMPERATURA COSTANTE)

DORMIRE BENE: ALCUNI CONSIGLI PRATICI

- LIMITA LA QUANTITÀ DI CAFFEINA O ALTRE SOSTANZE STIMOLANTI (TABACCO E ALCOL), SPECIALMENTE NELLE ORE SERALI
- EVITA DI GUARDARE LA TV A LETTO E LIMITA L'UTILIZZO DI COMPUTER E CELLULARE PRIMA DI ANDARE A LETTO
- PRATICA ESERCIZIO FISICO DURANTE LA GIORNATA, MA NON LA SERA PERCHÉ POTREBBE DISTURBARE IL TUO SONNO

“ Saper invecchiare è il capolavoro della saggezza e una delle cose più difficili dell’arte della vita”.

F. AMIEL

GRAZIE DELL’ATTENZIONE