

---

# La terapia cognitivo-comportamentale della depressione nell'anziano: una revisione della letteratura

---

**Paola Adele De Martino e Alessandro Couyoumdjian**

Dipartimento di Psicologia, Sapienza Università di Roma

---

## Riassunto

Questo lavoro esamina lo stato dell'arte della terapia cognitivo-comportamentale applicata ai disturbi depressivi dell'anziano. Le ricerche considerate riguardano gli ultimi trent'anni. Sono stati inclusi nella rassegna quegli studi in cui la terapia cognitivo-comportamentale è stata applicata in modalità di gruppo, individuale, come monoterapia o in associazione ai farmaci. La terapia cognitivo-comportamentale ottiene ampi riconoscimenti di efficacia nel disturbo depressivo sia nella forma individuale sia in quella di gruppo. Inoltre, risulta efficace nella terapia combinata con farmaci. La scarsità degli studi, associata ai limiti metodologici, non consente tuttavia di generalizzare i risultati all'intera popolazione anziana. Coniugare l'esigenza sperimentale con la realtà clinica sembra essere la difficoltà maggiore di questi studi, difficoltà che conduce a una bassa validità esterna.

---

**Parole chiave:** *Terapia cognitivo-comportamentale, Depressione senile, Gerontologia, Terapia combinata.*

## Abstract

### **Cognitive-behavioural therapy for depression in older people: A literature review**

This paper examines the state-of-the-art in relation to cognitive-behavioural therapy applied to depressive disorders in the elderly. The research work considered referred to the last thirty years. The review included those studies in which cognitive-behavioural therapy was applied in group and individual settings as a monotherapy or associated with drugs. Cognitive-behavioural therapy is widely recognized as an effective therapy for depressive disorder both in individual and in group settings. It has also been recognized as effective in therapy combined with drugs. However, the paucity of studies associated with the methodological limitations does not allow the results to be generalized to the entire elderly population. Combining clinical practice with empirical rigour appears to be the greatest difficulty in these studies, a difficulty that leads to a low external validity.

---

**Keywords:** *Cognitive behavioural therapy, Late-life depression, Gerontology, Combined therapy.*

## INTRODUZIONE

Negli ultimi anni abbiamo assistito a un incremento significativo degli studi sull'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale con gli anziani. L'allungamento dell'aspettativa di vita accrescerà nei prossimi anni la domanda di cure per le patologie depressive legate all'invecchiamento sia normale che patologico. Il trattamento cognitivo-comportamentale, agendo sulle componenti cognitive, comportamentali ed emotive della depressione, sembra rappresentare un metodo di cura elettivo per questa popolazione. Aumentano, inoltre, gli studi che lo indicano come un'alternativa o un supporto valido alla terapia farmacologica.

L'interesse crescente verso la salute mentale dell'anziano è stato stimolato dall'influenza di vari fattori interrelati: la considerazione dell'invecchiamento come un processo bio-psico-sociale; la separazione tra invecchiamento normale e patologico; lo studio dell'influenza degli stereotipi sociali e degli auto-stereotipi sul comportamento e sulle emozioni dell'anziano (Cuddy, Norton e Fiske, 2005; Scholl e Sabat, 2008); una produzione teorica e di ricerca che afferma un nuovo concetto di invecchiamento come una fase del ciclo di vita contraddistinta da perdite, ma anche da guadagni (Baltes, Reese e Lipsitt, 1980; Baltes, 1987; Rowe e Kahn, 1997).

Negli ultimi anni, inoltre, il muro di pregiudizi che per molto tempo ha impedito agli anziani di accedere alla psicoterapia ha iniziato a sgretolarsi sotto i colpi dell'evidenza clinica che questa popolazione è ricettiva alle terapie non farmacologiche. Le ricerche in questo ambito, infatti, hanno mostrato gradualmente le potenzialità di questo strumento terapeutico. I primi studi che hanno comparato l'azione della terapia cognitivo-comportamentale con quella del farmaco, infatti, riscontrarono che il trattamento psicologico era preferibile al placebo e alla condizione di non-trattamento (Gerson et al., 1999). Studi successivi hanno permesso il miglioramento delle condizioni sperimentali come, ad esempio, l'utilizzo di gruppi di controllo e studi di *follow-up*. Allo stato attuale non è possibile quantificare l'efficacia di questo approccio nelle varie forme depressive, nei vari contesti di cura e nelle varie tipologie di pazienti. Tuttavia esistono prove sufficienti per affermare che la terapia cognitivo-comportamentale può svolgere un ruolo importante nel trattamento della depressione in questa popolazione.

Il ricorso al farmaco rappresenta ancora la terapia di prima scelta nel trattamento della depressione dell'anziano, nonostante la ricerca stia documentando la possibilità di integrare o addirittura sostituire la terapia farmacologica con interventi psicologici nelle forme depressive lievi. Studi recenti hanno osservato, infatti, che quando la terapia cognitivo-comportamentale viene associata ai farmaci antidepressivi, l'effetto che si ottiene è più ampio rispetto a quello che si ottiene con la sola applicazione del farmaco (Thompson et al., 2001).

La possibilità di integrare la farmacoterapia con la psicoterapia necessita di alcuni prerequisiti da parte degli operatori della salute: la capacità di osservare il paziente anziano senza il filtro degli stereotipi e pregiudizi legati alla vecchiaia; considerare la depressione senile non come una condizione dipendente dall'età su cui intervenire solo con rassicurazioni o minimizzazioni, ma come un disturbo da inquadrare all'interno di un adeguato quadro diagnostico e gerontologico; permettere al paziente di essere informato e di sce-

gliere lo strumento terapeutico che preferisce, garantendogli in questo modo l'esercizio del principio di autodeterminazione.

Alcune questioni alimentano il dibattito all'interno degli studi sull'efficacia. Tra queste, la difficoltà metodologica di conciliare l'esigenza di costruire campioni omogenei con l'eterogeneità della popolazione anziana. Un'altra questione riguarda l'eventuale equivalenza delle terapie psicologiche riscontrabile negli esiti degli studi riportati in questo articolo. Sebbene i risultati empirici sostengano in modo sempre più evidente l'efficacia della psicoterapia della depressione applicata agli anziani, sono ancora scarsi gli studi tesi a chiarire quanto questo tipo di trattamento sia utile nella prevenzione delle ricadute. Tra i fattori che agirebbero da mediatori tra benessere e ricadute depressive sono stati indicati la qualità di vita e i processi cognitivi, come, ad esempio, l'attenzione autofocalizzata e la ruminazione. La comprensione di questi aspetti consentirà di progettare interventi più mirati e risolutivi. Tra le soluzioni terapeutiche attualmente in studio la terapia cognitivo-comportamentale associata alla *mindfulness* ha fornito risultati promettenti.

## EPIDEMIOLOGIA E CARATTERISTICHE DELLA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

Le principali psicopatologie che riscontriamo nella popolazione anziana sono quelle caratterizzate da ansia e depressione. Questi disturbi si presentano spesso con sintomi «sottosoglia», in associazione tra loro e/o con malattie organiche.

Oggi esistono una consapevolezza e un'attenzione più accentuate nei confronti della salute psicologica dell'anziano rispetto a qualche anno fa e appaiono in aumento le persone anziane che scelgono di affidarsi alle terapie psicologiche. Tuttavia la fotografia di questa popolazione ci rimanda una realtà eterogenea, composta da un'utenza caratterizzata da bisogni multipli e differenziati, nonché da fattori ambientali e socio-economici che possono minare, più che in altre fasi della vita, la capacità di autodeterminazione. Difficilmente, infatti, gli anziani richiedono autonomamente un consulto allo psicologo o sono inviati dal medico di base, il quale agisce spesso attraverso rassicurazioni o prescrizione di farmaci. Si rischia, così, di cronicizzare un disturbo che in molti casi potrebbe essere affrontato con terapie specifiche e adeguate (La Rosa e Restivo, 1995). Il ricorso al farmaco è alimentato, in parte, da miti e stereotipi ancora presenti nel mondo medico che portano a considerare la depressione in tarda età come parte del processo d'invecchiamento normale e l'anziano come poco motivato a intraprendere una terapia psicologica.

Gli stereotipi sono inclusi all'interno di un costrutto più ampio, definito col termine inglese *ageism*: un sistema di stereotipi e comportamenti discriminanti diretti agli anziani solo in quanto anziani (Butler, 1969). Gli americani, ad esempio, percepiscono gli anziani attraverso caratteristiche positive che richiamano il calore (sincerità, bonarietà, amichevolezza) e caratteristiche negative come l'incompetenza (inabilità, incapacità, scarsa ambizione, minore senso di responsabilità e minore competenza intellettuale). Lo stereotipo «calore» può esercitare una funzione «protettiva», in quanto esso correla positivamente con la disposizione delle persone ad aiutare gli anziani; diversamente gli stereotipi negativi correlano negativamente con l'esclusione sociale.

Gli stereotipi negativi possono riflettersi anche nelle modalità con cui gli operatori della salute interagiscono con i pazienti anziani. I medici di base, infatti, tendono a non riconoscere o a minimizzare i disturbi di origine psicologica quando il paziente ha più di 65 anni (i sintomi depressivi vengono spesso interpretati come correlati all'età); in altri casi le cure prestate sono inadeguate o limitate alla terapia farmacologica; la comunicazione, inoltre, è più superficiale, meno rispettosa e con informazioni meno dettagliate rispetto a quanto avviene con i pazienti più giovani (Cuddy, Norton e Fiske, 2005). La mancanza di informazione circa l'efficacia di metodi diversi dalla farmacoterapia impedisce all'anziano di avvalersi di terapie alternative precludendogli, in questo modo, il diritto di effettuare una scelta autonoma e responsabile per la propria salute.

La situazione attuale è in via di trasformazione ma riflette ancora l'esistenza di forti pregiudizi verso questa categoria di pazienti da parte dei professionisti della salute e bisogna ringraziare la ricca e fertile produzione di ricerche che ha permesso negli ultimi anni di sperimentare con successo, anche nella pratica clinica quotidiana, metodi terapeutici alternativi o di integrazione a quelli tradizionali. Il processo di «educazione e formazione all'invecchiamento» dell'intera classe lavoratrice socio-sanitaria è appena iniziato; al suo compimento sarà possibile assistere a una vera e propria rivoluzione assistenziale auspicata da molti (APA, 2004; Wei et al., 2005; Hinrichsen, 2000).

Diversi studi hanno rilevato i tassi di prevalenza dei disturbi depressivi nella popolazione anziana (Blazer, Hughes e George, 1987; Copeland et al., 1999). Tra gli anziani che vivono in comunità il tasso di sintomi depressivi clinicamente significativi oscilla tra l'8% e il 16%; il tasso di prevalenza del disturbo depressivo maggiore oscilla tra l'1% e il 4%; la depressione minore colpisce tra il 4 e il 13% degli anziani mentre il disturbo distimico circa il 2%. Negli anziani ospedalizzati la depressione maggiore è presente nel 10-12% dei casi, in quelli che vivono in strutture di lungodegenza nel 12,4%, mentre il 35% soffre di sintomi depressivi significativi (Blazer, 2003). L'utilizzo di metodologie e di strumenti diversi nei processi di rilevazione dei dati non permette ancora di avere una stima esatta del fenomeno. Inoltre è presumibile che i disturbi depressivi siano sotto-diagnosticati negli anziani. Infatti, non è solo lo stereotipo a impedire una corretta diagnosi, ma anche la presenza di patologie fisiche e/o neurologiche, nonché la poli-assunzione di farmaci. I principali sistemi diagnostici, ad esempio, non consentono di formulare la diagnosi di depressione quando questa è conseguente a una condizione medica (Fiske, Wheterell e Gatz, 2009).

Il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (APA, 2000) racchiude all'interno della categoria dei disturbi dell'umore i seguenti disturbi: depressione maggiore, depressione minore, distimia, disturbo bipolare dell'umore, ciclotimia, depressione reattiva, depressione associata a patologie mediche generali o all'uso di farmaci. La depressione maggiore può essere diagnosticata nell'anziano quando è espresso uno o entrambi dei due principali sintomi (umore depresso e mancanza di interesse) insieme a quattro o più dei seguenti sintomi per almeno due settimane: sentimenti di svalutazione o sensi di colpa, diminuita capacità di concentrarsi o di prendere decisioni, stanchezza, agitazione o rallentamento psicomotorio, insonnia o ipersonnia, un calo significativo di peso o un aumento di peso o di appetito, pensieri ricorrenti di morte o ideazione suicidaria. Nell'anziano, rispetto all'adulto, si riscontra una percentuale maggiore di distimia, di depressione minore e reattiva.

Il disturbo distimico, secondo quanto riportato dal *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (APA, 2000), comporta un umore cronicamente depresso, presente per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, per almeno due anni; sono presenti altri sintomi depressivi che non soddisfano però i criteri per un disturbo depressivo maggiore; nella distimia rispetto alla depressione maggiore il disagio è meno grave ma appare persistente e ugualmente invalidante. Il disturbo distimico viene associato a disabilità funzionale; inoltre il 25% di questi pazienti tende a evolvere verso una depressione maggiore entro i due anni successivi alla diagnosi (Alexopoulos, 2005). La depressione minore, rispetto alla distimia, ha un decorso temporale equivalente a quello presente nel disturbo depressivo maggiore, ma con un minor numero di sintomi (almeno due, ma meno di cinque), di cui almeno uno deve implicare umore depresso o marcata riduzione dell'interesse per tutte o quasi tutte le attività. La depressione minore nell'anziano può essere reattiva a condizioni di disagio psico-sociale come, ad esempio, pensionamento, lutti, povertà, istituzionalizzazione.

La depressione rappresenta anche il principale fattore di rischio per l'insorgenza o per l'aggravarsi di altri disturbi psichiatrici o medici. Il disturbo depressivo a esordio tardivo, inoltre, predisporrebbe allo sviluppo di demenza (Alexopoulos et al., 1993) mentre la depressione cronica accrescerebbe il rischio di sviluppare il morbo d'Alzheimer (Speck et al., 1995). Negli anziani sono frequenti le forme depressive che coinvolgono le funzioni cognitive. Alcune di queste si accompagnano a un deterioramento dell'area frontale e fronto-striatale con conseguente disfunzione del sistema esecutivo. Le funzioni esecutive, la cui definizione e localizzazione neuroanatomica sono ancora oggetto di dibattito, rappresentano un insieme di processi, tra cui attenzione, memoria di lavoro e capacità di *problem solving*, che si attivano e si integrano tra loro per pianificare, monitorare e portare a termine un qualsiasi comportamento mirato a un determinato scopo. La depressione che coinvolge le funzioni esecutive si manifesta con rallentamento psicomotorio, ridotto interesse per le attività, compromissione delle attività strumentali della vita quotidiana (Alexopoulos, 2005). Un'altra sindrome depressiva che pone delle difficoltà nella fase di *assessment* viene definita «pseudo demenza depressiva». Si tratta della presenza di uno stato depressivo concomitante a deficit cognitivi che mimano un quadro di demenza e che coinvolgono principalmente la memoria, la concentrazione e l'attenzione. In questo caso i deficit cognitivi sono reversibili, diversamente da quanto accade in presenza di una franca demenza.

La depressione dell'anziano rappresenta una difficoltà diagnostica per i clinici per la frequente sovrapposizione e comorbidità con altri disturbi che rende difficile identificare con chiarezza l'etichetta diagnostica da applicare. Per questo motivo viene denominata anche «atipica», sub-sindromica, tanto che alcuni autori propongono di definirla una sindrome geriatrica, cioè una costellazione di segni e sintomi, piuttosto che un disturbo a sé stante (Todarello et al., 2006). Le forme depressive cosiddette «sottosoglia» sono diagnosticate dal clinico come «disturbo depressivo non altrimenti specificato» (APA, 2000) perché i sintomi che le caratterizzano non sono sufficienti per soddisfare un disturbo dell'umore. Tuttavia, anche se il numero e la gravità dei sintomi sono inferiori a quelli di una vera e propria sindrome, l'impatto che questi esercitano sulla qualità della vita quotidiana è significativo; essi comportano, inoltre, il rischio di sviluppare una depressione maggiore e ideazione suicidaria.

Il quadro sintomatologico osservabile nell'anziano presenta delle peculiarità, rispetto alle fasce d'età più giovani: prevalgono sintomi somatici e cognitivi, sentimenti di vuoto esistenziale, al posto dell'umore depresso, preoccupazioni amplificate di fronte a eventi normali che producono un'iperattivazione del sistema neurovegetativo con tachicardia, tremori, dispnea, agitazione psicomotoria, delirio di tipo persecutorio e un maggiore rischio suicidario (Baroni e Getrevi, 2005). Inoltre, è presente un'elevata associazione con il disturbo d'ansia generalizzata che raramente viene considerata nella progettazione del trattamento terapeutico (Laidlaw et al., 2003). I sintomi ipocondriaci si riscontrano nel 65% degli anziani depressi, i quali riportano soprattutto problemi legati alla sfera gastrointestinale (Alexopoulos, 2005).

La prevalenza dei pazienti anziani depressi a lamentare sintomi esclusivamente somatici è stata definita «tristezza senza tristezza» ed è legata a un maggiore rischio di disabilità, declino cognitivo, disagio psichico e suicidio (Gallo e Rabins, 1999). Diversi fattori di origine psicosociale accrescono nell'anziano la probabilità di scatenare un disturbo dell'umore: il pensionamento; una limitata capacità di adattamento; difficoltà economiche; l'assenza di sostegno sociale; caratteristiche individuali. Questi fattori inducono nell'anziano vissuti di perdita e l'abbassamento del livello di autostima (Cesa-Bianchi, 1987). La complessità della sintomatologia depressiva porterebbe a considerare la depressione un disturbo che si manifesta lungo un continuum, piuttosto che all'interno dei rigidi confini dettati dalle etichette diagnostiche (Hybels, Blazer e Pieper, 2001).

## **LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE NEL DISTURBO DEPRESSIVO DELL'ANZIANO**

La terapia cognitivo-comportamentale è ampiamente utilizzata con successo nel trattamento di diverse sindromi cliniche dell'adulto (Tolin, 2010). Nel lavoro con l'anziano è considerata tra le terapie più affidabili per il trattamento della depressione. Uno degli aspetti particolarmente apprezzato dai clinici è la flessibilità che questo approccio mostra nell'adattarsi a pazienti che, pur appartenendo a una stessa fascia generazionale, possono rivelarsi molto diversi tra loro. Questo vantaggio, però, può rappresentare una risorsa solo per il clinico che abbia acquisito tutte le competenze necessarie per lavorare con questa tipologia di pazienti. La possibilità di dosare, ad esempio, la ristrutturazione cognitiva e l'attivazione comportamentale richiede la capacità di utilizzare costantemente un'attenzione multifocale, un'abilità necessaria per osservare e monitorare i molteplici aspetti del paziente che possono influire sulla genesi, sulla diagnosi e sul decorso dei sintomi depressivi: fragilità fisica, neurologica, psicologica, vissuti soggettivi legati a eventi di vita potenzialmente stressanti (pensionamento, lutti, difficoltà economiche, malattie, istituzionalizzazione).

L'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nella cura della depressione dell'anziano è stata analizzata soprattutto attraverso studi comparativi, tra psicoterapie diverse, ovvero tra psicoterapia e trattamenti di routine. I primi studi hanno cercato in questo modo di fronteggiare i problemi di ordine deontologico che potevano verificarsi utilizzando gruppi di controllo. Steuer e collaboratori (1984), ad esempio, non hanno affidato i soggetti a liste di attesa o alla condizione non-trattamento, per non precludere un

trattamento a persone sofferenti, le quali avrebbero potuto abbandonare la sperimentazione a seguito di un peggioramento dei sintomi o perché alla ricerca di una terapia efficace.

La meta-analisi di Dobson del 1989 è lo studio citato con maggior frequenza dagli autori che valutano l'efficacia della psicoterapia con gli anziani. Tuttavia, all'interno del lavoro di Dobson è possibile rilevare solo cinque studi comparativi dedicati agli anziani (Gallagher e Thompson, 1983; Steuer e Hammen, 1983; Steuer et al., 1984; Beutler et al., 1987; Thompson, Gallagher e Breckenridge, 1987). Dobson ha analizzato tutti gli studi effettuati dal 1976 al 1987. I risultati sembrano affermare la superiorità della terapia cognitivo-comportamentale sulle altre forme psicoterapeutiche. I risultati non sembrano essere correlati alla durata della terapia. Nella popolazione generale la media della durata del trattamento, collegata alla diminuzione dei sintomi depressivi, è stata di 14,9 settimane; nella popolazione anziana è stata di 25,1 settimane. Ciò confermerebbe quanto affermato da Laidlaw, Thompson, Dick-Siskin e Gallagher-Thompson (2003), e cioè che lavorare con l'anziano può richiedere una dilatazione temporale del processo terapeutico per fronteggiare eventuali problematiche sensoriali e/o cognitive legate all'invecchiamento. Non vengono rilevate, inoltre, differenze di genere nella risposta al trattamento. Tuttavia, questi risultati assumono un significato incerto quando si considerano la scarsità degli studi e i limiti metodologici che li accompagnano: i campioni utilizzati negli studi hanno un'età media di 67,6 anni e, di conseguenza, si riferiscono a «giovani anziani»; l'esclusione dall'analisi dei dati dei soggetti che hanno abbandonato il trattamento; l'intervallo temporale, altamente variabile, negli studi di follow-up; infine, la difficoltà di comprendere quali aspetti della terapia siano veramente determinanti per il cambiamento.

Tra i meriti di Dobson (1989) vi è quello di avere evidenziato alcune delle maggiori difficoltà incontrate in questo tipo di ricerche, come quella di costruire un campione rappresentativo della popolazione anziana. L'utilizzo, inoltre, di metodi di misurazione diversi ha costituito un ostacolo aggiuntivo, in quanto alcuni strumenti basati sull'intervistatore, come la *Hamilton Depression Rating Scale* (Hamilton, 1960), sembrano più sensibili ai cambiamenti terapeutici, rispetto agli strumenti *self-report*, come il *Beck Depression Inventory* (Beck et al., 1961). Inoltre, questi strumenti diagnostici, costruiti per la popolazione adulta, sono costituiti da un'abbondanza di *item* somatici che possono indurre falsi positivi quando a essere valutata è la popolazione anziana. Per questo motivo oggi si preferisce utilizzare strumenti diagnostici costruiti e validati per questo tipo di pazienti come la *Geriatric Depression Scale* (Yesavage, Brink e Rose, 1983).

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI GRUPPO

Nonostante siano necessari ulteriori studi, la terapia di gruppo viene indicata come una valida alternativa alla terapia individuale (Krishna et al., 2011). Alcuni fattori potrebbero spiegare il consenso espresso dagli anziani verso questo formato terapeutico rispetto alla terapia individuale:

1. lo stigma della malattia mentale. I sentimenti di paura e di vergogna, associati alla condizione di avere una «malattia mentale», possono essere facilmente diluiti e dissolti all'interno di un setting di gruppo, rispetto a un setting individuale;

2. il sentimento di solidarietà. La condivisione dei problemi e la ricerca comune delle soluzioni agevolerebbero lo sviluppo di pensieri alternativi, la riduzione di quelli disfunzionali e la promozione di strategie di coping più efficaci;
3. il bisogno di uscire dall'isolamento sociale. Alcuni eventi di vita come il pensionamento, la vedovanza, le difficoltà economiche, sono spesso associati a reazioni di ritiro che favoriscono lo scatenamento e/o il mantenimento dello stato depressivo;
4. il risparmio economico. Tra i motivi che spingerebbero l'anziano a intraprendere una terapia di gruppo vi sarebbe la possibilità di abbattere i costi rispetto a una terapia individuale;
5. gli aspetti emotivo-motivazionali legati al trattamento di gruppo. Il setting di gruppo favorisce lo scambio relazionale e la mobilitazione di nuove emozioni, più positive rispetto a quelle vissute all'interno di un setting centrato sull'individuo. La sperimentazione di sentimenti positivi alimenterebbe il benessere personale percepito e manterrebbe costante la motivazione al trattamento riducendo il rischio di *drop-out* (Beutler et al., 1987) nei soggetti che vivono nelle strutture assistenziali, i quali riportano tassi depressivi più elevati rispetto al resto della popolazione (Blazer, 2003).

Uno studio (Choi, Ransom e Wyllie, 2008) condotto su questa categoria di anziani ha isolato, attraverso interviste, alcuni fattori che sembrerebbero predisporre verso un disturbo depressivo: perdita dell'indipendenza e dell'autodeterminazione, perdita della continuità con il proprio passato, perdita della privacy, esperienza quotidiana di dolore, morte e malattia. Negli stessi soggetti (n = 65) sono state rilevate, attraverso strumenti self-report, le strategie di coping utilizzate per adattarsi all'ambiente: affidamento alla religione, alla preghiera, stoicismo, rivalutazione positiva degli eventi, senso di realtà. I trattamenti terapeutici maggiormente accettati da questi anziani sono quelli che perseguono la riduzione della percezione dell'isolamento sociale, indipendentemente dal loro formato (individuale o di gruppo).

La meta-analisi di Payne e Marcus (2008) ha confrontato 71 studi che hanno utilizzato la psicoterapia di gruppo con anziani (> 55 anni); 27 di questi erano controllati. La terapia cognitivo-comportamentale di gruppo mostra la stessa efficacia del trattamento individuale, ottenendo i risultati migliori quando viene comparata con la terapia della reminescenza (nella quale si utilizza il ricordo come strumento per gettare un ponte tra passato, presente e futuro, al fine di interpretare e vivere meglio la realtà quotidiana).

In questo studio la terapia cognitivo-comportamentale di gruppo raggiunge una grandezza media dell'effetto (*effect size*) solo di poco inferiore a quella riscontrata con campioni di adulti. Inoltre, alcune categorie di pazienti sembrerebbero ottenere maggiori benefici: quelli ambulatoriali rispetto ai pazienti istituzionalizzati; gli anziani più giovani e quelli con problemi funzionali come la depressione, rispetto a quelli con problemi organici; il numero e la durata delle sedute non sembrano influenzare i risultati. Questi dati sono in linea con quanto hanno rilevato altre meta-analisi riguardanti soggetti con più di 65 anni (Pinquart e Sörensen, 2001; Gorey e Cryns, 1991). In altri studi, invece, la terapia individuale risulta più efficace della terapia di gruppo (Engels e Vermey, 1997).

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE E TERAPIA FARMACOLOGICA

La farmacoterapia è considerata la terapia di prima scelta nella cura della depressione dell'anziano. Poiché gli antidepressivi di ultima generazione (gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina) sono considerati più tollerabili rispetto alle molecole tradizionali, rischiano spesso di essere prescritti dai medici di medicina generale, dai neurologi e dagli psichiatri senza un'approfondita valutazione dei costi/benefici. In realtà l'efficacia degli antidepressivi di ultima generazione sembrerebbe paragonabile a quella delle molecole tradizionali (Gerson et al., 1999). Il maggiore vantaggio di questi farmaci consisterebbe nella possibilità di utilizzare un dosaggio inferiore a parità di risultato. Inoltre, gli effetti collaterali prodotti dagli inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina sono di lieve entità se confrontati con quelli riportati con l'utilizzo dei triciclici (ipotensione, aritmia cardiaca, deficit attentivi e dell'attenzione e soprattutto nell'anziano, stato confusionale; vedi Bartels et al., 2002).

La comorbidità organica e/o psicopatologica e la poliassunzione di farmaci che contraddistingue molti anziani accrescono, inoltre, la possibilità di interazioni avverse tra molecole e di effetti collaterali farmaco-relati. Queste variabili dovrebbero orientare il clinico nella scelta della terapia più adatta, facendo optare per le terapie alternative nel caso in cui vi sia la possibilità che la farmacoterapia si riveli inefficace se non dannosa. Tra i vantaggi della terapia farmacologica troviamo una risposta relativamente rapida (10-15 giorni) rispetto alle terapie psicologiche, la facilità di somministrazione e il monitoraggio degli effetti terapeutici, la possibilità di scongiurare il suicidio. Tra gli svantaggi troviamo gli effetti collaterali, le interazioni tra farmaci, la difficoltà a controllare la *compliance*. Tra gli svantaggi delle terapie non farmacologiche riscontriamo in primo luogo difficoltà di tipo economico, di spostamento e culturali. In secondo luogo, il tempo necessario per ottenere dei benefici è maggiore, rispetto a una terapia farmacologica. In ultimo, sono ancora pochi i terapeuti formati attraverso i principi gerontologici che possono garantire il rispetto delle «buone pratiche» così come indicato non solo da diversi autori (Wei et al., 2005; Laidlaw et al., 2003), ma anche dall'American Psychiatric Association (2004).

Vi è ormai un largo consenso nel ritenere che l'adozione di un trattamento non farmacologico rappresenti una strada percorribile in tutti quei casi in cui non sia possibile ricorrere alla terapia farmacologica (Steuer et al., 1984; Gallagher e Thompson, 1982; Bartels et al., 2002). La terapia cognitivo-comportamentale ottiene risultati migliori quando comparata con il placebo o con nessun trattamento. In uno studio di Thompson e collaboratori (2001), la terapia combinata (terapia cognitivo-comportamentale con desipramina) è stata valutata su 102 anziani con diagnosi di depressione maggiore. Lo studio ha previsto tre condizioni di trattamento: desipramina come monoterapia; terapia cognitivo-comportamentale come monoterapia; associazione di desipramina con terapia cognitivo-comportamentale. I risultati hanno mostrato che tutte le condizioni terapeutiche sono efficaci nel miglioramento dei sintomi, tuttavia il formato combinato risulta più efficace. Inoltre, la terapia cognitivo-comportamentale risulta più efficace della sola desipramina nei pazienti con depressione lieve.

Precedentemente anche Beutler e collaboratori (1987) hanno utilizzato l'associazione farmaco-psicoterapia ottenendo risultati confortanti. In questo studio il campione di anziani

con una diagnosi di depressione maggiore è stato assegnato a quattro condizioni sperimentali: placebo, alprazolam, terapia cognitiva di gruppo in combinazione alternativamente con placebo e alprazolam. Il gruppo trattato con psicoterapia cognitiva e alprazolam ha risposto meglio degli altri gruppi, indipendentemente dall'associazione del farmaco, il quale otteneva lo stesso risultato del placebo. I benefici del trattamento sono rimasti stabili anche durante il follow-up. Questi risultati tuttavia non possono essere generalizzati e devono essere considerati con cautela in quanto l'alprazolam non è un antidepressivo ma un ansiolitico appartenente alla famiglia delle benzodiazepine.

Un dato che può essere evidenziato riguarda, invece, il mantenimento della motivazione durante tutto il periodo del trattamento, che è stato maggiore nel gruppo associato alla psicoterapia, nel quale si è riscontrato un tasso minore di *drop-out* rispetto al gruppo che assumeva solo il farmaco. L'efficacia della terapia combinata dovrà essere ulteriormente indagata in quanto i dati ottenuti finora oltre a essere scarsi sono ancora contrastanti (Peng et al., 2009). Laidlaw e collaboratori (2008) hanno comparato l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale con i trattamenti di routine forniti dai servizi di salute mentale, tra cui la farmacoterapia. In questo studio la terapia cognitivo-comportamentale e il trattamento di routine raggiungono gli stessi risultati anche dopo sei mesi di follow-up.

## IL MANTENIMENTO DELL'EFFETTO TERAPEUTICO

Il trattamento della depressione per essere efficace deve riuscire a contrastare le ricadute nel lungo periodo. Il mantenimento degli effetti terapeutici nel tempo è una questione rilevante nelle forme depressive croniche. La valutazione del rischio di sviluppare una ricaduta dopo un trattamento terapeutico dovrebbe includere l'esame dell'interdipendenza di alcuni fattori di rischio e di protezione collegati al mantenimento dei sintomi depressivi nella persona anziana. Tra i fattori di rischio viene indicato uno stile di personalità basato sul nevroticismo e sull'autocritica; tra i fattori protettivi, uno status socio-economico e culturale alto, la resilienza, essere impegnati in attività percepite di valore, la partecipazione ad attività religiose o spirituali (Fiske, Wetherell e Gatz, 2009). Questi elementi rientrano in un ampio costrutto definito «qualità di vita».

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (The WHOQOL Group, 1998) definisce la qualità di vita attraverso l'interazione di fattori oggettivi e soggettivi (salute fisica, psicologica, livello di indipendenza, relazioni sociali, credenze personali e i loro rapporti con le caratteristiche salienti dell'ambiente). Sono stati riconosciuti diversi fattori psicosociali che inducono nell'anziano vissuti di perdita e l'abbassamento del livello di autostima aumentando la probabilità di incorrere in disturbi depressivi: il pensionamento, vissuto come esperienza di perdita; una limitata capacità di adattamento; difficoltà economiche; l'assenza di supporti sociali.

Alcune caratteristiche individuali, inoltre, sembrano fungere da mediatori tra salute e malattia: da uno studio longitudinale iniziato nel 1974 (Caplan e Schooler, 2003) e terminato vent'anni dopo è emerso che possedere un alto tasso di fatalismo, una scarsa fiducia in se stessi e limitate risorse intellettuali predisporrebbe a maggiore disabilità. Le risorse psicologiche possono incrementare le competenze personali agendo in diversi modi: come

fattori motivazionali verso comportamenti diretti al benessere e alla salute; come incentivi, per utilizzare strategie di coping più adattive. La percezione di un controllo personale sul proprio ambiente è correlata alla qualità della gestione della propria salute e della propria malattia. In generale, le caratteristiche psicologiche che riflettono i livelli più bassi di controllo reale o percepito correlano con i livelli più alti di malattie, invalidità e mortalità.

La disabilità è notoriamente indicata come predittore di sintomi depressivi; allo stesso modo, la diagnosi di depressione e le forme «sottosoglia» rappresentano dei forti predittori di disabilità: ciò significa che anche soggetti non diagnosticati per un disturbo depressivo possono avere una grave compromissione funzionale e psicosociale. Per questo motivo è utile che il clinico raccolga informazioni ad ampio raggio anche sulla qualità di vita del paziente anziano per risalire all'eziopatogenesi del disturbo e/o ai fattori che lo perpetuano.

La relazione tra depressione, qualità di vita e atteggiamenti verso l'invecchiamento è stata oggetto di uno studio internazionale (Chachamovich et al., 2008) che ha coinvolto cinque continenti, tra cui l'Europa: utilizzando il *World Health Organization Quality of Life Assessment for Older Adults* (The WHOQOL Group, 1998) e l'*Attitudes to Ageing Questionnaire* (Laidlaw, Power e Schmidt, 2007) su 4.316 adulti con più di 60 anni, gli autori hanno rilevato che il livello di depressione è correlato positivamente con il peggioramento della qualità di vita, indipendentemente dalla presenza o meno di un livello depressivo diagnosticabile.

In ambito italiano, uno strumento che correla con il *World Health Organization Quality of Life* è il Ben-SSC (De Beni et al., 2008a). Questo strumento nasce ispirandosi alla psicologia positiva e all'invecchiamento di successo per valutare tre macroaree collegate al benessere individuale: soddisfazione personale; strategie di coping; competenze emotive. Il Ben-SSC, inoltre, correla negativamente con la *Geriatric Depression Scale* (Yesavage et al, 1983), motivo per cui potrebbe essere usato sia per misurare la qualità di vita sia per avere una misura dei sintomi depressivi. La particolarità del Ben-SSC, rispetto alla *Geriatric Depression Scale*, consiste nel presentare gli item in forma positiva per non favorire nell'anziano autovalutazioni negative.

Tra i pazienti che hanno sofferto di un episodio depressivo maggiore, il 50-90% incontra almeno una ricaduta nel giro di due-tre anni. Secondo le linee guida per il trattamento della depressione maggiore (APA, 2010; Anderson et al., 2008), nei pazienti trattati con successo con un antidepressivo nella fase acuta, segue un periodo di remissione dei sintomi di 16-36 settimane durante il quale solitamente si continua la somministrazione del farmaco seguendo lo stesso dosaggio della fase acuta (fase di continuazione). In questa fase viene anche raccomandato l'utilizzo della psicoterapia cognitivo-comportamentale. I soggetti che soffrono di depressione cronica o recidivante dovrebbero, dopo la fase di continuazione, essere inseriti nella fase di mantenimento, che può avvalersi del farmaco, della psicoterapia o della combinazione di entrambi.

L'utilizzo «integrato» del farmaco con la psicoterapia potrebbe colmare gli svantaggi associati alla somministrazione singola dei due terapeutici tipi di trattamento. Tra gli svantaggi della farmacoterapia: la scarsa tollerabilità, risposte parziali, ricadute, scarsa compliance, mantenimento dei fattori di stress, e/o disadattivi che possono cronicizzare il disturbo. Tra gli svantaggi della psicoterapia invece ritroviamo: i costi delle sedute, la

scarsa motivazione, la difficoltà di spostamento per gli anziani soli o per quelli che vivono in zone rurali. La psicoterapia farmaco-sequenziale (terapia farmacologica seguita dalla psicoterapia) può essere raccomandata nelle forme moderate-gravi e quando la sofferenza del paziente sia così elevata da non poter investire energie psicologiche in una psicoterapia, mentre diventa urgente e primaria la necessità di uscire al più presto da uno stato di grave disagio. Durante la fase di mantenimento bisognerà considerare la necessità di ridurre gradualmente il numero delle sedute. La terapia con il farmaco può essere considerata, perciò, un valido strumento propedeutico alla psicoterapia. La tipologia, la durata, l'intensità e la combinazione delle terapie dipenderanno ovviamente dalle caratteristiche del disturbo associate alla risposta individuale ottenuta in ogni fase del progetto terapeutico (APA, 2010).

Gli studi sulla prevenzione delle recidive richiedono di testare gli effetti delle terapie nel lungo periodo. Sono pochi gli studi che hanno utilizzato dei follow-up più lunghi di un anno. Nonostante questo limite è stato osservato che gli anziani sottoposti alla terapia cognitivo-comportamentale mantengono i benefici terapeutici fino a un periodo di due anni (Gallagher-Thompson, Hanley-Peterson e Thompson, 1990). In un recente studio pilota (Wilkinson et al., 2009) la terapia cognitivo-comportamentale di gruppo breve (otto sessioni di 90 minuti) è stata combinata con il farmaco (fluoxetina o amitriptilina) durante la fase di continuazione del trattamento. Il tasso di recidive è risultato più basso nel gruppo combinato (5,6% dopo 6 mesi e 27,8% dopo 12 mesi), rispetto al gruppo con il solo farmaco (21,1% dopo 6 mesi e 44,4% dopo 12 mesi).

Nonostante siano necessari ulteriori studi che colmino alcuni limiti metodologici (strumenti diagnostici inadeguati, condizioni somatiche morbose associate alla depressione che possono sovrastimare i sintomi depressivi) e che valutino ulteriori aspetti che potrebbero incidere sulla variabilità dei risultati, quali ad esempio l'età dei soggetti, oppure il contesto di vita (casa, ospedale, residenza sanitaria assistenziale), questo studio conferma che la terapia cognitivo-comportamentale potrebbe svolgere un ruolo importante nella prevenzione delle recidive nella depressione maggiore.

### *La «mindfulness based cognitive therapy»: un potenziale supporto nella gestione delle ricadute*

Perseguendo un'ottica di integrazione tra terapie e/o approcci diversi appare utile considerare alcuni studi basati sull'integrazione della terapia cognitiva con la *mindfulness*, in quanto quest'ultima si è dimostrata d'aiuto nella prevenzione delle ricadute depressive. La *mindfulness based cognitive therapy* ha collezionato negli ultimi anni diversi dati empirici (Teasdale et al., 2000) che testimoniano la sua efficacia con i pazienti adulti. Ciò ha convinto alcuni autori a verificare la sua efficacia anche con i soggetti anziani.

Uno di questi primi studi (Smith, Graham e Senthinathan, 2007), utilizzando metodi qualitativi, ha evidenziato alti livelli di interesse e di accettazione della *mindfulness based cognitive therapy* da parte dei partecipanti allo studio: trenta anziani con un'età superiore a 65 anni, con almeno tre episodi pregressi di depressione maggiore, sono stati sottoposti alla terapia e a interviste periodiche protratte sino a un anno dopo l'intervento. I risultati hanno evidenziato la ridondanza di alcune tematiche che potrebbero essere coinvolte nei

risultati: strategie di coping, sentimenti di accettazione, autoconsapevolezza, senso di controllo, rilassamento; i soggetti hanno riferito un miglioramento generale della loro vita e hanno giudicato l'intervento utile e consigliabile. La natura di questo studio preliminare tuttavia non permette di escludere che variabili non direttamente connesse al trattamento abbiano inciso sulle valutazioni favorevoli dei partecipanti.

Il fulcro della mindfulness based cognitive therapy risiede nel favorire i processi di consapevolezza dei propri stati interiori al fine di spezzare il loop di pensieri negativi e ruminativi che caratterizza la cognizione di questi pazienti. La mindfulness non è una tecnica, né un metodo, ma un modo di essere con se stessi, aperto e non giudicante. La capacità di osservare e descrivere i propri pensieri, le proprie emozioni e sensazioni, la capacità di concentrarsi sul momento presente senza valutarlo sembrerebbero far aumentare la percezione di benessere e diminuire i sintomi depressivi.

Il primo studio quantitativo di mindfulness based cognitive therapy condotto su un campione di 22 anziani (Splevins, Smith e Simpson, 2009) ha cercato conferma all'ipotesi di una correlazione tra miglioramento dello stato emotivo (ansia, depressione e stress) e aumento della consapevolezza. I risultati sembrano confermare l'ipotesi, riportando una riduzione dei sintomi depressivi associata soprattutto all'acquisizione di una maggiore consapevolezza e alla sospensione del giudizio. Tuttavia questi risultati vanno considerati con cautela in quanto lo studio non contemplava un gruppo di controllo. La ricerca in questo ambito si trova ancora a uno stadio iniziale. Per valutare l'efficacia della mindfulness based cognitive therapy nella prevenzione delle ricadute sono, infatti, necessari studi controllati e prospettici che prevedano campioni più ampi, la considerazione e il controllo di ulteriori fattori di rischio implicati nelle recidive (un esordio depressivo precoce, disagio psicosociale, malattie fisiche dolorose, terapie farmacologiche e così via), nonché la valutazione della realizzabilità di questa pratica con i pazienti anziani.

La mindfulness based cognitive therapy potrebbe costituire un valido aiuto per la prevenzione delle ricadute, in quanto agevola i processi di decentramento propri della terapia cognitiva. Il decentramento è definito attraverso tre modalità di gestione dei propri pensieri, emozioni e comportamenti: 1. prendere le distanze da sé o dalla situazione; 2. mettersi in contatto empatico con l'altro; 3. individuare vari punti di vista di una situazione. Attraverso l'apprendimento di strategie di decentramento (Bizzini, Bizzini e Favre, 2009) e la loro applicazione nel contesto quotidiano i pazienti imparano a gestire dapprima in forma guidata (all'interno dell'intervento terapeutico) e, successivamente, in maniera autonoma e automatica le fasi che precedono una ricaduta depressiva e che sono caratterizzate dall'emergere di pensieri negativi.

Le tecniche che l'anziano apprende nel contesto terapeutico hanno lo scopo di interrompere il flusso delle ruminazioni attraverso: a) il completo coinvolgimento nel «qui e ora» dell'esperienza; b) imparare ad ascoltare l'altro (il depresso è autocentrato e difficilmente riesce a sintonizzarsi sull'esperienza altrui e a mentalizzarla; c) apprendere a non generalizzare il proprio punto di vista ma a considerare che esistono altri modi (altri pensieri) per considerare le situazioni. L'attenzione focalizzata sui propri stati interni e la ruminazione favorirebbero, secondo alcuni autori, la cronicizzazione della depressione, in quanto costituirebbero dei fattori di vulnerabilità che influenzano la durata e l'intensità

della depressione. Si tratterebbe di fattori aspecifici (in quanto riscontrabili anche in altre psicopatologie) che instaurano un circolo vizioso: l'auto-focalizzazione, impedendo di distrarsi su attività esterne al Sé, attiverebbe la ruminazione e i sintomi depressivi (Ingram, 1990). Anche la tendenza a produrre pensieri negativi si tradurrebbe in un aumento della vulnerabilità e del rischio di incorrere nel loop cognitivo-affettivo che caratterizza il depresso. Alcuni soggetti, infatti, avrebbero la tendenza a produrre una quantità maggiore di pensieri negativi rispetto alle persone «non vulnerabili» (Ingram et al., 2007). Questi autori ipotizzano che, a seguito della remissione dei sintomi depressivi (conseguente a una terapia), la produzione dei pensieri disfunzionali diminuisca, in maniera differente, in base alla vulnerabilità personale. La tesi della vulnerabilità cognitiva chiarirebbe perché molti pazienti hanno delle ricadute e altri invece no e, di conseguenza, spiegherebbe il motivo della sensibilità di alcune persone al trattamento con la mindfulness based cognitive therapy che agisce su questi aspetti.

## **LA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE NELLA DISTIMIA E NELLA DEPRESSIONE MINORE**

La maggior parte degli studi considerati nelle varie meta-analisi si è occupata prevalentemente del disturbo depressivo maggiore, nonostante la distimia e il disturbo depressivo minore prevalgano nell'anziano (Alexopoulos, 2005) e comportino un rischio elevato di evolvere verso il disturbo depressivo maggiore (Lyness et al., 2009). La terapia farmacologica non sembra, inoltre, ottenere risultati soddisfacenti quando viene applicata nel trattamento delle forme depressive lievi, per questo motivo il suo utilizzo non è raccomandato nelle depressioni minori oppure si consiglia di associarlo alla psicoterapia (Fournier et al., 2010; Hermens et al., 2007; Anderson et al., 2008). La meta-analisi di Pinquart e collaboratori (2006) cerca di colmare il limite delle ricerche precedenti ampliando i criteri di inclusione dei soggetti nella ricerca, attraverso l'introduzione della distimia e del disturbo depressivo minore come variabili legate alla gravità del disturbo.

Sono stati analizzati 89 studi controllati all'interno dei quali 5.328 anziani hanno ricevuto un trattamento psicoterapeutico o farmacologico. Il livello di gravità della depressione viene ritenuto un predittore della risposta al trattamento sia psicoterapeutico sia farmacologico, anche se vari studi hanno prodotto risultati contrastanti. I soggetti con depressione maggiore, infatti, sembrerebbero rispondere meno al trattamento psicoterapeutico, rispetto alle forme sub-cliniche (Scogin e Mc Elreath, 1994). In queste ultime, però, si riscontra un tasso di remissione inferiore a quello registrato nella depressione maggiore (Leung e Orrell, 1993). Lo studio di Leung e Orrell (1993), infatti, ha utilizzato il trattamento cognitivo-comportamentale di gruppo per il disturbo distimico e la ciclotimia, rilevando un tasso di remissione sintomatologica del 50% contro il 92% osservato nei casi di depressione maggiore.

La meta-analisi di Pinquart e collaboratori (2006) evidenzia una dimensione dell'effetto psicoterapeutico significativo nei soggetti distimici o con depressione minore, fornendo credito all'ipotesi di un utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale alternativo al farmaco. Studi precedenti avevano già indicato la potenzialità della terapia cognitivo-

comportamentale nel trattamento della depressione minore, mostrando di ridurre anche la sintomatologia somatica spesso associata a questi disturbi (Miranda e Munoz, 1994; Dai et al., 1999). Il trattamento psicoterapeutico tende ad agire più lentamente rispetto al farmaco, ma consente di mantenere l'effetto terapeutico nel lungo periodo, rispetto al farmaco che agisce velocemente ma che, per prolungare i suoi benefici, richiede somministrazioni prolungate con il rischio di produrre reazioni avverse.

## COMPARAZIONE CON ALTRE PSICOTERAPIE

La terapia cognitivo-comportamentale è stata confrontata soprattutto con la psicoterapia psicodinamica breve (Steuer et al., 1984; Thompson, Gallagher e Breckenridge, 1987), con la terapia della reminescenza (Peng et al., 2009; Payne e Marcus 2008) e con la terapia interpersonale. In questi lavori viene registrata una sostanziale equivalenza tra le terapie psicologiche. Nello studio di Thompson e collaboratori (1987) vengono comparate la terapia comportamentale, la terapia cognitiva e la terapia psicodinamica. Complessivamente, la maggioranza del campione (70%) con depressione maggiore incontra la remissione (52%) o il miglioramento dei sintomi (18%). Al post-trattamento la terapia comportamentale raggiunge un tasso di remissione e miglioramento della sintomatologia dell'80%, la terapia cognitiva del 62%, la terapia psicodinamica del 70%. La terapia comportamentale e la terapia cognitiva ottengono risultati migliori quando vengono utilizzate separatamente, rispetto all'utilizzo combinato.

Altri studi (Cuijpers, 1998; Engels e Vermey, 1997; Payne e Marcus, 2008) rilevano una maggiore efficacia della terapia cognitivo-comportamentale rispetto alle altre terapie, soprattutto quando viene comparata con la terapia della reminescenza. La meta-analisi di Cuijpers (1998), oltre a rilevare nelle diverse terapie una dimensione media dell'effetto terapeutico equiparabile a quella che si riscontra nella popolazione adulta, individua anche un tasso di *drop-out* medio del 23%. L'abbandono del trattamento risulta maggiore nella terapia cognitivo-comportamentale, negli interventi di gruppo, nei gruppi con maggioranza di donne e negli interventi che utilizzano un numero maggiore di sedute terapeutiche.

## CONCLUSIONI

Attraverso le ricerche descritte in questo lavoro si osserva che la terapia cognitivo-comportamentale ottiene ampi riconoscimenti nel trattamento dei disturbi depressivi dell'anziano. Non sappiamo ancora se la supremazia di questo approccio sia reale o solo quantitativa (dovuta al maggior numero di studi effettuati rispetto ad altre forme di psicoterapia). Non si riscontrano, infatti, grandi differenze nella dimensione dell'effetto tra i vari approcci psicoterapeutici. Tuttavia, alcune caratteristiche, ravvisabili nella semplicità concettuale e nella plasticità di somministrazione, la rendono particolarmente idonea per la popolazione anziana, contraddistinta da un'estrema eterogeneità e da situazioni di comorbidità organica e/o psicopatologica che richiedono, oltre a un'attenta valutazione differenziale, anche un'estrema flessibilità terapeutica.

La terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento della depressione dell'anziano ottiene risultati statisticamente significativi. Tuttavia, questi dati diventano ambigui quando li confrontiamo con la realtà clinica quotidiana. Tra le maggiori difficoltà, infatti, vi è quella di estendere i risultati delle ricerche all'eterogeneità della popolazione anziana. Il miglioramento della metodologia d'indagine richiederebbe la costruzione di campioni più rappresentativi della popolazione, maggiori studi controllati e longitudinali, l'adozione di strumenti diagnostici costruiti o adattati per la popolazione anziana, studi di follow-up più ampi. Il divario tra validità statistica e validità clinica è una conseguenza di questi studi e l'esigenza di colmare questo divario rappresenta una sfida per gli studi futuri. Integrare l'*efficacy* (efficacia sperimentale) con l'*effectiveness* (efficacia clinica) utilizzando sia dati osservazionali sia sperimentali potrebbe aumentare la validità esterna, permettendo una lettura trasversale del fenomeno.

L'approccio cognitivo-comportamentale risulta egualmente efficace sia nella forma individuale che in quella di gruppo. Ulteriori studi sono invece necessari per confermare il diverso impatto della terapia sui pazienti ambulatoriali e quelli istituzionalizzati nei quali si riscontra non solo un tasso maggiore di depressione, ma anche una risposta minore al trattamento. Anche la variabilità del setting terapeutico (ambulatoriale, ospedaliero, domiciliare) potrebbe incidere sull'efficacia della terapia così come le diverse forme di comorbidità, medica o psicopatologica. Inoltre, ulteriori studi dovrebbero concentrarsi maggiormente sugli anziani con deterioramento cognitivo di grado moderato-grave.

La ricerca è per tradizione orientata a conoscere l'efficacia di un trattamento a partire dalla quantificazione dei successi terapeutici, lasciando sullo sfondo la comprensione dei fallimenti. Conoscere i motivi del rifiuto o dell'abbandono di un trattamento (drop-out) potrebbe aiutare il clinico e il ricercatore a scoprire i fattori che promuovono e regolano l'intero processo terapeutico, dal suo inizio sino all'esito finale. Per questo motivo dovrebbero essere incoraggiati gli studi sul drop-out. La soddisfazione della vita al basale, ad esempio, è stata indicata da alcuni autori come uno dei predittori della risposta al trattamento, più determinante del livello di gravità della depressione (Herman et al., 2002). Misurare la soddisfazione della vita significa prendere in esame stati interni quali, ad esempio, una concezione positiva di sé, una congruenza tra scopi fissati e obiettivi raggiunti, oppure (a seconda delle scale utilizzate) il grado di controllo e di gestione dell'ambiente, il grado di autonomia, l'accettazione di sé.

Altri fattori, più generali, potrebbero spiegare il fallimento di un trattamento: una cattiva alleanza terapeutica, l'assenza di competenze gerontologiche da parte del terapeuta, la remissione spontanea dei sintomi nelle depressioni lievi, le caratteristiche di personalità del terapeuta e del paziente. Uno studio prospettico (Steunenbergh et al., 2010), condotto con soggetti anziani che erano stati depressi, ha evidenziato una correlazione positiva tra la personalità basata sul nevroticismo ed episodi depressivi recidivanti durante un periodo di sei anni. Il nevroticismo e l'assenza di *mastery* (senso di padronanza) sembrano essere dei forti predittori di recidive, insieme ad altri fattori già noti, come il sesso femminile, sintomi depressivi residui, ansia, malattie organiche dolorose, isolamento sociale. Questi aspetti impongono agli studi futuri di interrogarsi maggiormente non solo sui fattori di cambiamento, ma anche sul mantenimento degli effetti positivi nel lungo termine, mediato dall'interazione tra fattori oggettivi e soggettivi.

## BIBLIOGRAFIA

- Alexopoulos, G.S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365, 1961-1970.
- Alexopoulos, G.S., Meyers, B.S., Young, R.C., Mattis, S., & Kakuma, T. (1993). The course of geriatric depression with «reversible dementia»: A controlled study. *The American Journal of Psychiatry*, 150, 1693-1699.
- American Psychiatric Association/APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.), Text Revision*. Washington DC: Author. Trad. it. Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. Quarta Edizione. Milano: Masson, 2001.
- American Psychologist Association/APA (2004). Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. *American Psychologist*, 59, 236-260.
- American Psychiatric Association/APA (2010). *Practice guidelines for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition*. Arlington (VA): American Psychiatric Association.
- Anderson, I.M., Ferrier, I.N., Baldwin, R.C., Cowen, P.J., Howard, L., Lewis, G. Matthews, K., McAllister-Williams R.H., Peveler, R.C., Scott, J., & Tylee, A. (2008). Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *Journal of Psychopharmacology*, 22, 343-396.
- Baltes, P.B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline: Toward a psychological culture of old age. *Developmental Psychology*, 23, 611-626.
- Baltes, P.B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny. *American Psychology*, 52, 366-380.
- Baltes, P.B., Reese, H.W., & Lipsitt, L.P. (1980). Life-span developmental psychology. *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Baroni, M.R., & Getrevi, A. (2005). *La valutazione psicologica dell'anziano*. Roma: Carocci.
- Bartels, S.J., Dums, A. R., Oxman, T.E., Schneider, L.S., Areán, P.A. George S. Alexopoulos, G.S., & Jeste, D.V. (2002). Evidence-based practices in geriatric mental health care. *Psychiatric Services*, 53, 1419-1431.
- Blazer, D.G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *The Journal of Gerontology*, 58, 249-265.
- Blazer, D., Hughes, D.C., & George, L.K. (1987). The epidemiology of depression in an elderly community population. *The Gerontologist*, 27, 281-287.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beutler, L.E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., Meredith, K., Potter, R., Bamford, C.R., & Levenson, A.I. (1987). Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 550-556.
- Bizzini, L., Bizzini, V., & Favre C. (2009). *Curare la depressione negli anziani. Manuale di terapia cognitiva di gruppo*. Milano: FrancoAngeli.

- Butler, R.N. (1969). Age-ism. Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9, 243-246.
- Caplan, L.J., & Schooler, C. (2003). The roles of fatalism, self-confidence, and intellectual resources in the disablement process in older adults. *Psychology and Aging*, 18, 551-561.
- Chachamovich, E., Fleck, M., Laidlaw, K., & Power, M. (2008). Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults. *The Gerontologist*, 48, 593-602.
- Cesa-Bianchi, M. (1987). *Psicologia dell'invecchiamento: Caratteristiche e problemi*. Roma: La Nuova Italia Scientifica.
- Choi, N.G., Ransom, S., & Wyllie, R.J. (2008). Depression in older nursing home residents: The influence of nursing home environmental stressors, coping, and acceptance of group and individual therapy. *Aging & Mental Health*, 12, 536-547.
- Copeland, J.R., Beekman, A.T., Dewey, M.E., Hooijer, C., Jordan, A., Lawlor, B.A., Lobo, A., Magnusson, H., Mann, A.H., Meller, I., Prince, M.J., Reischies, F., Turrina, C., deVries M.W., & Wilson K.C. (1999). Depression in Europe: Geographical distribution among older people. *The British Journal of Psychiatry*, 174, 312-321.
- Cuddy, A.J.C., Norton, M.I., & Fiske, S.T. (2005). This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61, 267-285.
- Cuijpers, P. (1998). Psychological outreach programmes for the depressed elderly: A meta-analysis of effects and dropout. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 41-48.
- Dai, Y., Zhang, S., Yamamoto J., Ao M., Belin T.R., Cheung F. et al. (1999). Cognitive behavioral therapy of minor depressive symptoms in elderly Chinese Americans: A pilot study. *Community Mental Health Journal*, 35, 537-542.
- De Beni, R., Borrella, E., Carretti, B., Indiano A., & Cornoldi, C. (2008a). Riattivare la memoria nell'invecchiamento. L'intervento strategico-metacognitivo. *Ricerche di Psicologia*, 1, 167-180.
- Dobson, K.S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Engels, G.I., & Vermey, M. (1997). Efficacy of non medical treatments of depression in elders: A quantitative analysis. *Journal of Clinical Geropsychology*, 3, 17-35.
- Fiske, A., Wetherell, J.L. & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363-389.
- Fournier, J.C., DeRubeis, R.J., Hollon, S.D., Dimidjian, S., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C., & Fawcett, J., (2010). Antidepressant drug effects and depression severity a patient-level meta-analysis. *American Medical Association*, 303, 47-53.
- Gallagher, D.E. & Thompson, L.W. (1982). Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 19, 482-490.
- Gallagher, D.E. & Thompson, L.W. (1983). Effectiveness of psychotherapy for both endogenous and non endogenous depression in older adult outpatients. *Journal of Gerontology*, 38, 707-712.
- Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P., & Thompson, L.W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 371-374.

- Gallo, J.J., & Rabins, P.V. (1999). Depression without sadness: Alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, *60*, 820-826.
- Gerson, S., Belin, T.R., Kaufman, A., Mintz, J., & Jarvik, L. (1999). Pharmacological and psychological treatments for depressed older patients: A meta-analysis and overview of recent findings. *Harvard Review of Psychiatry*, *7*, 1-28.
- Gorey, K.M., & Cryns, A.G. (1991). Group work as interventive modality with the older depressed client: A meta-analytic review. *Journal of Gerontological Social Work*, *16*, 137-157.
- Hamilton, M. (1960). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, *6*, 278-296.
- Herman, S., Blumenthal, J.A., Babyak, M., Khatri, P., Craighead, W.E., Krishnan, K.R., Ranga K. & Doraiswamy, P.M. (2002). Exercise therapy for depression in middle-aged and older adults: Predictors of early dropout and treatment failure. *Health Psychology*, *21*, 553-563.
- Hermens, M.L., van Hout, H.P., Terluin, B., Adèr, H.J., Penninx, B.W., van Marwijk, H. W. Bosmans, J.E, van Dyck, R., & de Haan, M. (2007). Clinical effectiveness of usual care with or without antidepressant medication for primary care patients with minor or mild-major depression: A randomized equivalence trial. *Biomed Central Medicine*, *7*, 5-36.
- Hinrichsen, G.A. (2000). Knowledge of and interest in geropsychology among psychology trainees. *Professional Psychology: Research and Practice*, *31*, 442-445.
- Hybels, C.F., Blazer, & Pieper C.F. (2001). Toward a threshold for subthreshold depression: An analysis of correlates of depression by severity of symptoms using data from an elderly community sample. *The Gerontologist*, *41*, 357-365.
- Ingram, R.E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, *107*, 156-176.
- Ingram, R.E., Trenary, L., Odom, M., Berry, L., & Nelson, T. (2007). Cognitive, affective and social mechanisms in depression risk: Cognition, hostility, and coping style. *Cognition and Emotion*, *21*, 78-94.
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., David Crossley, D., & Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *26*, 331-340.
- Laidlaw, K., Power, M. J., & Schmidt, S., (2007). The Attitudes to Ageing Questionnaire (AAQ): Development and psychometric properties. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *22*, 367-379.
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Dick-Siskin, L., & Gallagher-Thompson, D. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd.
- Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., Howley, M., Bowie, G., Connery, H., & Cross, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *23*, 843-850.
- La Rosa, E., & Restivo, M. (1995). Il colloquio psicodiagnostico con il soggetto anziano. In A. Lis, P. Venuti & M. R. De Zordo (Eds.), *Il Colloquio come Strumento Psicologico: Ricerca, diagnosi, terapia* (2th ed., pp. 342-360). Firenze-Milano: Giunti.

- Leung, S.N., & Orrell, M.W. (1993). Brief cognitive behavioural therapy group elderly: Who benefits? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 8, 593-598.
- Lyness, J.M., Chapman, B.P., McGriff, J., Drayer, R., & Duberstein, P.R. (2009). One-year outcomes of minor and subsyndromal depression in older primary care patients. *International Psychogeriatric*, 21, 60-68.
- Miranda, J., & Munoz, R. (1994). Intervention for minor depression in primary care patients. *Psychosomatic Medicine*, 56, 136-142.
- Payne, K.T., & Marcus, D.K. (2008). The efficacy of group psychotherapy for older adult clients: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 12, 268-278.
- Peng, X.D., Huang, C.Q., Chen, L.J., & Lu, Z.C. (2009). Cognitive behavioural therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: A systematic review. *The Journal of International Medical Research*, 37, 975-982.
- Pinquart, M., & Sörensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A meta-analysis. *Journal of Mental Health and Aging*, 7, 207-243.
- Pinquart, M., Paul R., Duberstein, P.R., & Lyness, J.M. (2006). Treatments for later-life depressive conditions: A meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1493-1501.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, 433-440.
- Scholl, J.M., & Sabat, S.R. (2008). Stereotypes, stereotype threat and ageing: Implications for the understanding and treatment of people with Alzheimer's disease. *Ageing & Society*, 28, 103-130.
- Scogin F., & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosocial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 69-74.
- Smith, A., Graham, L., & Senthinathan, S. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for recurring depression in older people: A qualitative study. *Aging & Mental Health*, 11, 346-357.
- Speck, C.E., Kukull, W.A., Brenner D.E., Bowen, J.D., McCormick, W.C., Teri, L., Pfanschmidt, M.L., Thompson, J.D., & Larson, E.B. (1995). History of depression as a risk factor for Alzheimer's disease. *Epidemiology*, 6, 366-369.
- Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging & Mental Health*, 13, 328-335.
- Steuer, J.L. & Hammen, C.L. (1983). Cognitive-behavioral group therapy for the depressed elderly: Issues and adaptations. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 285-296.
- Steuer, J.L., Mintz, J., Hammen, C.L., Hill, M.A., Jarvik, L.F., McCarley, T., Motoike, P., & Rosen, R. (1984). Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 180-189.
- Steunenbergh, B., Beekman, A.F., Deeg, D.H., & Kerkhof, A.M. (2010). Personality predicts recurrence of late-life depression. *Journal of Affective Disorders*, 123, 164-172.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Judith M. Soulsby, J.M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.

- Thompson, L.W., Gallagher, D., & Breckenridge, J.S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 385-390.
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science & Medicine, 46*, 1569-1585.
- Thompson, L.W., Coon, D.W., Gallagher-Thompson, D., Sommer, B.R., & Koin, D. (2001). Comparison of desipramine and cognitive-behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild to-moderate depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 9*, 225-240.
- Todarello, O., Martino, I., Affatati, V., & Lepore, V. (2006). La terapia della depressione senile nel dialogo tra mente e corpo. In O. Todarello & P. Porcelli (Eds.), *Trattamenti in medicina psicosomatica: Psicoterapie, farmacoterapie e neuroscienze* (pp. 224-254). Milano: FrancoAngeli.
- Tolin, D.F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 710-720.
- Wei, W., Sambamoorthi, U., Olfson, M., Walkup, J.T., & Crystal, S. (2005). Use of psychotherapy for depression in older adults. *American Journal of Psychiatry, 162*, 711-717.
- Wilkinson, P., Alder, N., Juszczak, E., Matthews, H., Merritt, C., Montgomery, H., Howard, R., Macdonald, A., & Jacoby, R. (2009). A pilot randomised controlled trial of a brief cognitive behavioural group intervention to reduce recurrence rates in late life depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 24*, 68-75.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., & Rose, T.L. (1983). Development and validation of a geriatric depression scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Residents, 17*, 37-49.

---

Presentato il 14 novembre 2011, accettato per la pubblicazione il 10 giugno 2012

## Corrispondenza

Paola Adele De Martino  
Dipartimento di Psicologia  
Sapienza Università di Roma  
Via dei Marsi 78  
00185 Roma, Italy  
e-mail: demartino.paolaadele@gmail.com