



Journal Club, 13 gennaio 2012

Tristezza, malinconia e depressione nell'anziano

Renzo Rozzini (Brescia)



Troppo dolorosa è la malinconia e troppo a fondo spinge le sue radici nel nostro essere di uomini, perché la si debba abbandonare nelle mani degli psichiatri.

Romano Guardini, Ritratto della malinconia, 1928

La depressione che ho incontrato, la sofferenza degli anziani

- **La depressione dei malinconici;**
- **La depressione dell'ammalato cronico, del paziente con disabilità;**
 - **Associata alla malattia grave (i.e. il cancro);**
- **La depressione di chi sta perdendo la memoria;**
- **La depressione del caregiver (e di chi non è: la figlia separata di Firenze);**
- **Il depressione legata della decrepitezza senile (ogni cosa è un problema, difficili le cose normali; viene meno le ciò che dava piacere e non si può più);**
- **La depressione dei maschi;**
- **La depressione delle donne;**
- **La depressione della solitudine, dell'abbandono;**
- **La depressione dei vecchi preti "soli e sofferenti" (il villaggio di cartone);**
- **La depressione caratterologica (la "lamentosità poco dignitosa" verso la quale fatico a provare compassione);**
- **La depressione nel lutto: del coniuge, del figlio, degli amici;**
- **La depressione (la vergogna) per la separazione dei figli;**
- **La depressione dell'adulto che si separa;**
- **La depressione causata dalla malvagità umana (crudeltà raccapriccianti che gli uomini sono capaci di commettere ai danni di altri esseri umani).**

La depressione che ho incontrato, la sofferenza degli anziani

- **La depressione dei malinconici;**
- La depressione dell'ammalato cronico, del paziente con disabilità;
 - Associata alla malattia grave (i.e. il cancro);
- La depressione di chi sta perdendo la memoria;
- La depressione del caregiver (e di chi non è: la figlia separata di Firenze);
- Il depressione legata della decrepitezza senile (ogni cosa è un problema, difficili le cose normali; viene meno le ciò che dava piacere e non si può più);
- La depressione dei maschi;
- La depressione delle donne;
- La depressione della solitudine, dell'abbandono;
- La depressione dei vecchi preti "soli e sofferenti" (il villaggio di cartone);
- La depressione caratterologica (la "lamentosità poco dignitosa" verso la quale fatico a provare compassione);
- La depressione nel lutto: del coniuge, del figlio, degli amici;
- La depressione (la vergogna) per la separazione dei figli;
- La depressione dell'adulto che si separa;
- La depressione causata dalla malvagità umana (crudeltà raccapriccianti che gli uomini sono capaci di commettere ai danni di altri esseri umani).

GUIDO GERONETTI

*Insetti
senza frontiere*



ADELPHI

ibs.it

124.

Un vecchio non disperato è un grande sapiente – o un grande stupido.

**Grande sapienza è grande tormento: chi
più sa, più soffre (Qo 1,18)**



Persone semplici non diventano, mi sembra, malinconiche; dove, beninteso, “semplicità” non significa educazione manchevole, oppure modeste condizioni sociali. Uno può essere istruitissimo, esigente al massimo, trovarsi in mezzo a molteplici rapporti sociali e a una ricca attività, e tuttavia essere semplice nel senso che qui intendiamo.

Parlando di molteplicità, si vuol dire certa contraddittorietà interiore tra molte tendenze vitali; un incrociarsi reciproco d’impulsi; contraddizioni nel modo di atteggiarsi di fronte al mondo e di fronte alla propria vita, nel modo di valutare le cose...

Guido Ceronetti - Corriere della sera, 6 novembre 2011

Perché credo che a designare latinamente la depressione valga il termine Cura. Un verso di Valerio Marziale dice: Non venit ad duros pallida Cura toros. Traduco: «La smorta Cura non viene ai giacigli duri».

Bisogna, per schivarla, dedicarsi ai lavori agricoli e spenderci molto, molto sudore. Guarda le due figure dell'Angelus di François Millet, che benedice dopo una giornata su un campo di patate la campana della sera: puoi essere certo che a quella brava giovane coppia la Cura non verrà mai.

A un convegno di circa cinquecento giovani Carlo Petrini, ponendo la domanda: «Chi di voi sarebbe disposto a dedicarsi ai lavori agricoli?», ebbe in risposta due alzate di mano.

Tutti gli altri, prima o poi, saranno inghiottiti dai farmaci: la pallida Cura è piena di zelo per le professioni puramente intellettuali, di laboratorio, di computer.

Is This Patient Clinically Depressed?

John W. Williams, Jr, MD, MHS

Polly Hitchcock Noël, PhD

Jeffrey A. Cordes, MD

Gilbert Ramirez, DrPH

Michael Pignone, MD, MPH

Context Depressive disorders are highly prevalent in the general population, but recognition and accurate diagnosis are made difficult by the lack of a simple confirmatory test.

Objective To review the accuracy and precision of depression questionnaires and the clinical examination for diagnosing clinical depression.

Data Sources We searched the English-language literature from 1970 through July 2000 using MEDLINE, a specialized registry of depression trials, and bibliographies of selected articles.



Una sensibilità come questa ci rende vulnerabili per dato e fatto della spietatezza stessa dell'esistenza.

Quel che ferisce è per l'appunto quel che nella vita vi è d'ineluttabile; la sofferenza, diffusa dovunque; la sofferenza degli inermi e dei deboli; la sofferenza degli animali, della creatura muta... il fatto che non vi si può cambiar nulla, che non si può toglierla di mezzo. Così è e così sarà. È qui che sta la gravità della cosa. Feriscono le miserie dell'esistenza, ferisce il fatto che sia molto spesso tanto brutta, così piatta...

Le manchevolezze morali del prossimo offendono. Anzitutto la mancanza di aristocrazia; aristocrazia nell'animo. Abbiamo sempre impiegata la parola "vulnerabilità" come quella su cui cade l'accento, esprimendo essa il tono distintivo della sofferenza malinconica. Non tanto si tratta di svogliatezza, ripugnanza, dolore, che possono essere pene, e pene violente, e possono in noi provocare una resistenza appassionata, e tuttavia vi si nasconde o almeno vi si può nascondere alcunché di chiaro, atto a stimolare a una decisa difesa quelle forze in noi che ci portano ad affermarci. Nella malinconia, al contrario, sta riposto qualcosa di diverso, a sé stante, che scarnisce sino all'osso la sofferenza. Il suo genere di sofferenza ha una profondità tutta speciale; è qualcosa di indifeso, di nudo manca qui non so che forza di resistenza, e ciò che fa soffrire si amalgama e allea con qualcosa che sta nel nostro stesso intimo. Questa sofferenza sempre in agguato congiunta a una sproporzione manifesta tra quello che si potrebbe dire il normale effetto doloroso prodotto da una qualsiasi causa e l'effetto profondo che produce essa sull'uomo malinconico, ci dicono chiaramente che qui abbiamo a che fare con un qualcosa di costituzionale. Il male non sta nelle occasioni e nei conflitti esteriori, sta proprio nell'intimo; in una specie di affinità elettiva con tutto quel che può ferire. E la cosa può arrivare a un punto tale che il malinconico avverte come fonte di dolore ogni cosa e ogni avvenimento, qualunque sia; sino a che infine, l'esistenza medesima come tale non gli si tramuta in dolore. La propria esistenza - e il fatto che comunque qualcosa esista.





Una persona fatta a questo modo non si riconosce nessuna qualità o capacità. È persuasa di essere da meno degli altri, di non essere nulla, di non saper nulla. Non già perché sia dotata insufficientemente, e neppure abbia subito insuccessi. È piuttosto una convinzione a priori, che non si riesce mai a togliere di mezzo definitivamente, neppure con la buona riuscita e col successo; in ogni sconfitta, poi, si legge confermata la disistima di sé, al di là della portata reale della sconfitta stessa.



Simile mancanza di confidenza nelle proprie forze finisce per provocare addirittura gli insuccessi: rende interiormente malagevoli, impaccia e trattiene la volontà e l'azione, ci rende proni agli ostacoli esteriori. Particolarissima caratteristica, la mancanza di confidenza di fronte ai terzi: nella conversazione, nei contatti con società, nelle manifestazioni in pubblico; forse in connessione appunto col fatto che in tali circostanze viene colpita di solito l'aspirazione, e con l'aspirazione il bisogno, di affermarsi: aspirazione e bisogno acutamente sentiti.

“Ci vuole tempo perché le strutture arrugginite di un edificio crollino, ma la ruggine polverizza, giorno dopo giorno la materia, l’assottiglia, la snerva. Il cedimento, per quanto brusco, non è che il risultato cumulativo di un lento progresso di degrado, malgrado resti un evento drammatico a sè stante. Passa molto tempo tra la prima pioggia e il momento in cui la ruggine inizia a corrodere una trave di ferro. Talvolta il processo coinvolge punti nevralgici, tanto che il crollo appare totale; più spesso si tratta solo di un evento parziale: crolla una sezione, che provoca il cedimento di un’altra, con un’allarmante alterazione di tutti gli equilibri.

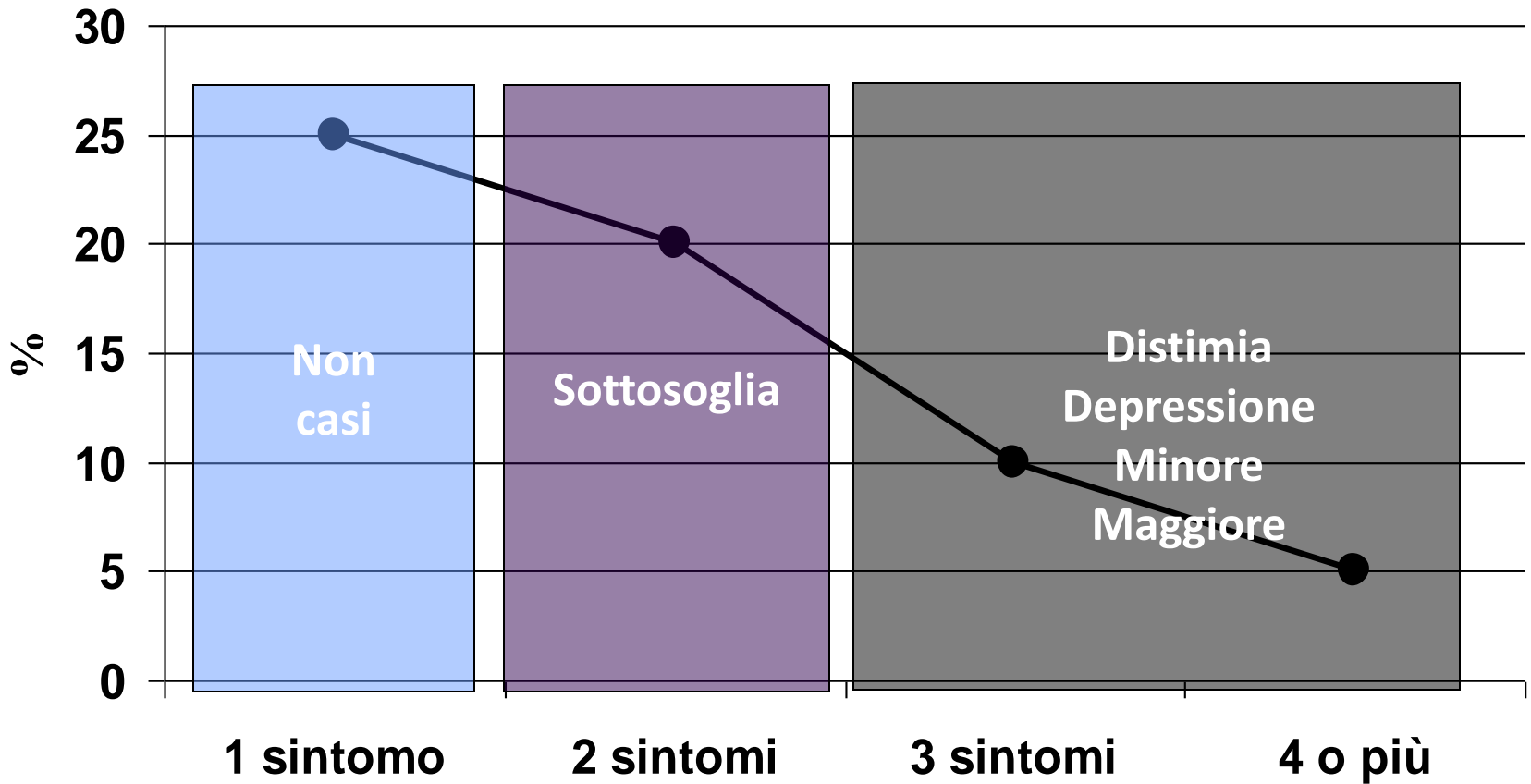
La depressione maggiore è invece contraddistinta da fasi di crisi profonda. Se immaginiamo un’anima di ferro logorata dal dolore e corrosa dal disturbo depressivo minore, potremmo paragonare la depressione maggiore a un vero e proprio cedimento strutturale”.

(Il demone di mezzogiorno, Solomon A., 2002)

Guido Ceronetti - Corriere della sera, 6 novembre 2011

Io posso definirmi un depresso a ore. La peggiore di tutte è per me quella della siesta, nel primo pomeriggio, e dai suoi artigli d'avvoltoio non avrei scampo senza un impegno di compagnia in serata che fracassasse per un'ora o due la mia insolubile solitudine di vecchio in eccesso. Posso dire di avere verso questo tipo di solitudini una solidarietà e una comprensione illimitate. Là, tutte le cosiddette «rassegnazioni» mi accentuano la depressione, con una forte pepatura di furore. Chi si rassegna è perduto.

Continuum depressivo

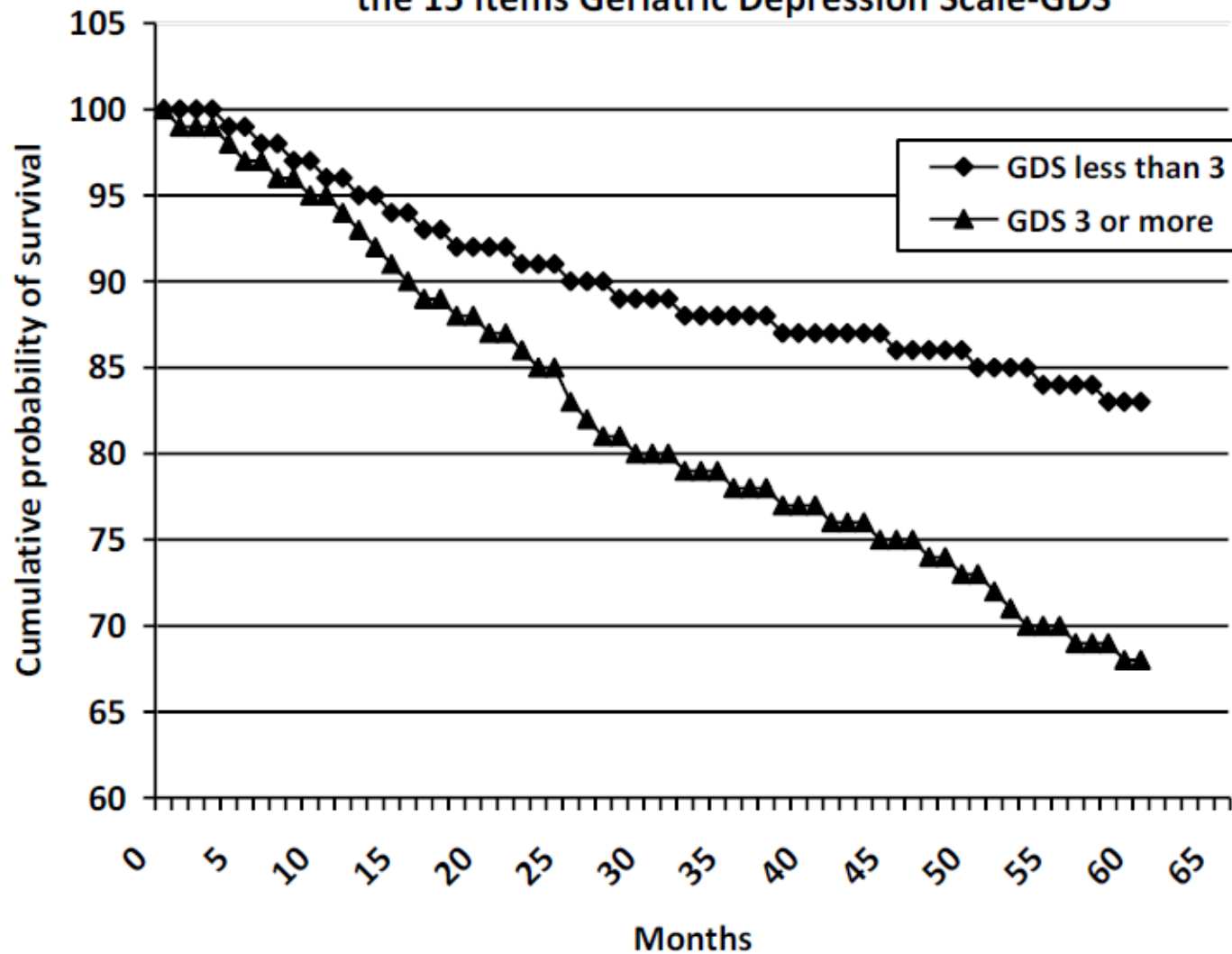


Geriatric Depression Scale (15 item-GDS)*

- 1. Siete fundamentalmente soddisfatti della vostra vita?**
- 2. Avete interrotto molte delle vostre attività e dei vostri interessi?**
- 3. Ritenete che la vostra vita sia vuota?**
- 4. Vi annoiate spesso?**
- 5. Siete di buon umore la maggior parte del tempo?**
- 6. Temete che vi stia per capitare qualcosa di male?**
- 7. Vi sentite felici la maggior parte del tempo?**
- 8. Vi sentite spesso indifesi?**
- 9. Preferite stare a casa, piuttosto che uscire a fare cose nuove?**
- 10. Pensate di avere più problemi di memoria della maggior parte delle persone?**
- 11. Pensate che sia bello stare al mondo oggi?**
- 12. Vi sentite inutili?**
- 13. Vi sentite pieni di energia?**
- 14. Pensate di essere in situazione priva di speranza?**
- 15. Pensate che la maggior parte delle persone stia meglio di voi?**

Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS) recent evidence and development of a shorter version. In: Brink TL, ed. *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention*. New York: Haworth Press. 1986, pp 165–173.

Figure-Unadjusted Kaplan-Meier estimates for elderly subjects with or without depressive symptoms, defined as a score of 3 or more in the 15 items Geriatric Depression Scale-GDS



significance on survival analysis with log rank test: $p < 0.001$

Table 2. Diagnostic Categories for Depressive Disorders

Diagnostic Category	DSM-IV Criteria*	Symptom Duration
Major depression	≥5 depressive symptoms, including depressed mood or anhedonia, causing significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning	≥2 wk
Minor depression†	2 to 4 depressive symptoms, including depressed mood or anhedonia, causing significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning	≥2 wk
Dysthymia	3 or 4 dysthymic symptoms, including depressed mood, causing significant impairment in social, occupational, or other important areas of functioning‡	≥2 y

*DSM-IV indicates *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*.

†Minor depression is included in *DSM-IV* as a research criteria diagnosis that requires further evaluation.

‡Dysthymic symptoms are depressed mood, poor appetite or overeating, insomnia or hypersomnia, low energy, low self-esteem, poor concentration or indecisiveness, and hopelessness.

Disturbo dell'umore dovuto a condizione medica, indotto da sostanze, disturbo dell'adattamento con umore depresso, lutto

Guido Ceronetti - Corriere della sera, 6 novembre 2011

Le depressione è in agguato sempre, in ogni angolo della giornata, peste orfana di bacillo, vaiolo invisibile, demonio senza esorcismi.

Lucrezio, gran depresso di Roma cesariana, parlando dell'amore, traccia il profilo del manifestarsi di una crisi depressiva: surgit amari aliquid quae in ipsis floribus angat («qualcosa di amaro che, sorgendo, anche nei momenti di più intensa felicità ci tortura»).

**Ora dalla notte al giorno.
Ora da un fianco all'altro.
Ora per i trentenni.**

**Ora rassettata per il canto dei galli.
Ora in cui la terra ci rinnega.
Ora in cui il vento soffia dalle stelle spente.
Ora del chissà-se-resterà-qualcosa-di-noi.**

**Ora vuota.
Sorda, vana.
Fondo di ogni altra ora.**

**Nessuno sta bene alle quattro del mattino.
Se le formiche stanno bene alle quattro del mattino
-le nostre congratulazioni. E che arrivino le cinque,
se dobbiamo vivere ancora.**

Wisława Szymborska (1923-)



Prevalenza di depressione, rilevata attraverso l'impiego di diverse scale, in alcuni studi epidemiologici condotti dal nostro gruppo (GRG)

	n	Depressione			età
		assente	moderata	severa	
Nel territorio:					
Brescia (1986)*	1201	66.2	27.5	6.3	70-75
Ospitaletto (1992)**	549	73.5	23.1	3.4	>70
Tirano (1993)**	183	75.8	17.0	7.1	>60
Coccaglio (1995)***	390	64.6	30.0	5.4	>70
In ambulatorio medico:					
PEQOL (1992)#	462	60.4	23.8	15.8	>75
In RSA:					
PROLOGUS (1994)***	178	37.2	21.5	41.3	>70
In Ospedale:					
GERU (1996)***	998	39.9	24.3	35.8	>65
ACE (2003)**	3015	59.2	29.7	11.1	>65
UCSI (2006)**	1370	66.1	26.6	7.4	>65
Bleeding Unit (2011)**	215	71.5	25.2	3.3	>60

*BDI; **GDS (short form); ***GDS (complete form); #BSI.

Epidemiology

1–4% of the general elderly population has major depression, equivalent to an incidence of 0.15% per year. Twice as many women as men are affected. Both the prevalence and the incidence of major depression double after age 70–85 years. Similarly, the number of elderly people with bipolar disorder is increasing, because the absolute number of old people is rising and, possibly, because the proportion of elderly individuals with this illness is increasing.

Minor depression has a prevalence of **4–10%**.

Dysthymic disorder, characterised by low-intensity symptoms of depression that last 2 years or longer, occurs in about **2%** of elderly people.

La depressione che ho incontrato, la sofferenza degli anziani

- La depressione dei malinconici;
- **La depressione dell'ammalato cronico, del paziente con disabilità;**
 - **Associata alla malattia grave (i.e. il cancro);**
- La depressione di chi sta perdendo la memoria;
- La depressione del caregiver (e di chi non è: la figlia separata di Firenze);
- Il depressione legata della decrepitezza senile (ogni cosa è un problema, difficili le cose normali; viene meno le ciò che dava piacere e non si può più);
- La depressione dei maschi;
- La depressione delle donne;
- La depressione della solitudine, dell'abbandono;
- La depressione dei vecchi preti "soli e sofferenti" (il villaggio di cartone);
- La depressione caratterologica (la "lamentosità poco dignitosa" verso la quale fatico a provare compassione);
- La depressione nel lutto: del coniuge, del figlio, degli amici;
- La depressione (la vergogna) per la separazione dei figli;
- La depressione dell'adulto che si separa;
- La depressione causata dalla malvagità umana (crudeltà raccapriccianti che gli uomini sono capaci di commettere ai danni di altri esseri umani).

For the full versions of these articles see bmj.com

PRACTICE

GUIDELINES

Depression in adults, including those with a chronic physical health problem: summary of NICE guidance

Stephen Pilling,^{1,2} Ian Anderson,³ David Goldberg,⁴ Nicholas Meader,⁵ Clare Taylor,⁵ On behalf of the two guideline development groups

Crude and adjusted associations of GDS score with 60-month mortality in a community-dwelling population aged 70 and over

GDS	n/deaths	A		B	
		RR ^a	95% C.I.	RR ^b	95% C.I.
0-2	227/35	1.0		1.0	
3-5	159/41	1.7	1.1-2.8	1.5	0.9-2.4
6-15	136/53	3.0	1.9-4.6	1.9	1.2-3.1
		<i>p</i> <0.0001 ^a		<i>p</i> <0.005 ^b	

A: crude analysis.

B: adjusted for age, gender, education (years of schooling), cognitive status (MMSE), number of diseases, disability (BADL).

RR: risk ratio. C.I.: confidence interval.

Test for trend of the crude^a and adjusted^b linear increase of RR through groups of increasing GDS levels.

Crude and adjusted associations of BDI score with 12-year mortality in a community-dwelling population

	n/deaths	A		B	
		<i>RR^a</i>	<i>95% C.I.</i>	<i>RR^b</i>	<i>95% C.I.</i>
Beck's depression inventory					
0-22 (low)	778/373	1.0	Ref.	1.0	Ref.
23-44 (intermediate)	311/167	1.1	1.0-1.5	1.1	1.0-1.5
45-66 (high)	61/35	1.4	1.1-2.0	1.3	1.0-1.9
Gender, male	386/249	1.9	1.6-2.3	2.5	1.8-2.7
Education, <5 years	334/171	1.0	0.8-1.2	1.0	0.8-1.3
Living alone	433/198	0.8	0.6-0.9	0.9	0.8-1.2
Poor social interactions	579/286	0.9	0.8-1.2	0.9	0.8-1.1
Poor socio-economic status	404/220	1.2	1.1-1.4	1.2	1.1-1.4
Disability	286/186	1.8	1.5-1.2	1.4	1.2-1.7
Cognitive impairment	131/73	1.3	1.1-1.7	1.2	1.1-1.5
≥3 chronic conditions	528/297	1.5	1.2-1.7	1.4	1.1-1.6
High use of health services	390/235	1.5	1.3-1.8	1.3	1.1-1.6

Does Depression in Older Medical Inpatients Predict Mortality?

Jane McCusker,^{1,2} Martin Cole,^{3,4} Antonio Ciampi,² Eric Latimer,^{4,5}
Sylvia Windholz,^{6,7} and Eric Belzile¹

Departments of ¹Clinical Epidemiology and Community Studies and ³Psychiatry, St. Mary's Hospital, Montreal, Quebec, Canada.

Departments of ²Epidemiology, Biostatistics, and Occupational Health, ⁴Psychiatry, and

⁷Family Medicine, McGill University, Montreal, Quebec, Canada.

⁵Services, Policy and Population Health Research Theme, Douglas Hospital Research Centre, Montreal, Quebec, Canada.

⁶Division of Geriatric Medicine, Sir Mortimer B. Davis Jewish General Hospital,
Montreal, Quebec, Canada.

Background. Previous studies of the effect of depression on mortality among older medical inpatients have yielded inconsistent results. We examined the effects on mortality of both a diagnosis of depression at hospital admission and a history of previous depression, taking into account potential sources of bias (sample selection and confounding).

Methods. Medical inpatients aged 65+ with at most mild cognitive impairment were recruited at two Montreal hospitals and were screened for depression. All those with a diagnosis of major or minor depression (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* [DSM-IV] criteria) and a random sample of nondepressed patients were invited to participate. Baseline data included: history of previous depression, severity of physical illness, comorbidity, and health services utilization. Cox proportional hazards methods were used to analyze survival during the 16- to 52-month follow-up period.

Results. Five hundred patients were enrolled; 116 (23.2%) had a history of previous depression. After adjustment for demographic factors, physical illness, cognitive impairment, and prior service utilization, the only depression group with significantly different mortality was patients with both current major depression and a history of depression, who had lower mortality than all other patient groups (hazard ratio 0.42; 95% confidence interval: 0.25, 0.70).

Conclusions. Among patients with no history of depression, a diagnosis of depression was not associated with mortality after adjustment for confounding by physical illness and other factors. Coincident major depression and history of depression was associated with decreased mortality.

Characteristics of hospitalized elderly patients according to their mood status: No Depression, Major and Minor Depression.

	Total N=1234 Mean (±SD)	No Depres N=564 Mean (±SD)	Major Depres N=164 Mean (±SD)	P*	Minor Depres N=506 Mean (±SD)	P**	P***
Age (years)	78.8 (±7.4)	77.4 (±7.7)	77.0 (±6.9)	.223	79.5 (±7.0)	.000	.000
Gender (female) n (%)	832 (67.4)	323 (57.3)	143 (87.2)	.000	366 (72.3)	.000	.000
MMSE score	25.2 (±3.9)	25.8 (±3.9)	25.6 (±3.8)	.821	24.3 (±4.1)	.000	.001
GDS score	5.1 (±3.5)	2.2(±1.3)	8.0 (±3.9)	.000	7.4 (±2.5)	.000	.050
Living alonen (%)	385 (31.7)	152 (27.4)	74 (45.7)	.001	159 (31.9)	.800	.008
Barthel Idx (prior hosp)	88.8 (±17.3)	92.2 (±14.2)	90.3 (±14.2)	.170	84.5 (±20.1)	.000	.003
Barthel Idx (at adm)	81.0 (±24.5)	84.1 (±23.7)	86.1 (±18.8)	.360	75.9 (±26.1)	.000	.000
Barthel Idx (at disch)	84.1 (±22.3)	88.1 (±19.7)	87.8 (±16.6)	.665	78.4 (±25.1)	.000	.000
IADLs lost (prior hosp)	2.5 (±2.5)	1.9 (±2.3)	2.6 (±2.3)	.004	3.1 (±2.6)	.000	.103
Charlson Index	2.5 (±2.3)	2.5 (±2.3)	1.7 (±1.9)	.001	2.6 (±2.3)	.234	.000
APACHE II score	7.9 (±4.3)	8.1 (±4.6)	6.6 (±3.0)	.004	8.1 (±4.3)	.608	.007
APACHE II-APS score	1.8 (±2.6)	2.0 (±2.7)	1.2 (±1.9)	.030	1.9 (±2.6)	.684	.050
Serum Albumin (g/dl)	4.0 (±0.8)	4.0 (±0.7)	4.1 (±0.6)	.026	4.1 (±0.9)	.495	.192
6-month mortality n (%)	174 (14.1)	74 (13.1)	12 (7.3)	.048	88 (17.4)	.226	.026

(Rozzini et al., J Gerontol., 2007)

Relationship between mood status (Major Depression, depressive symptoms alone, and no depression) and 6 months mortality in 1229 elderly people (Cox proportional hazard).

	n/events	A RR (95% C.I.)	B RR (95% C.I.)
Major depression (drug treated)	165/19	1.0 (ref.)	1.0 (ref.)
No depression	338/53	1.5 (0.8-3.0)	1.2 (0.6-2.3)
Depressive symptoms (not treated)	726/149	2.5 (1.3-4.6)	1.8 (1.0-3.4)

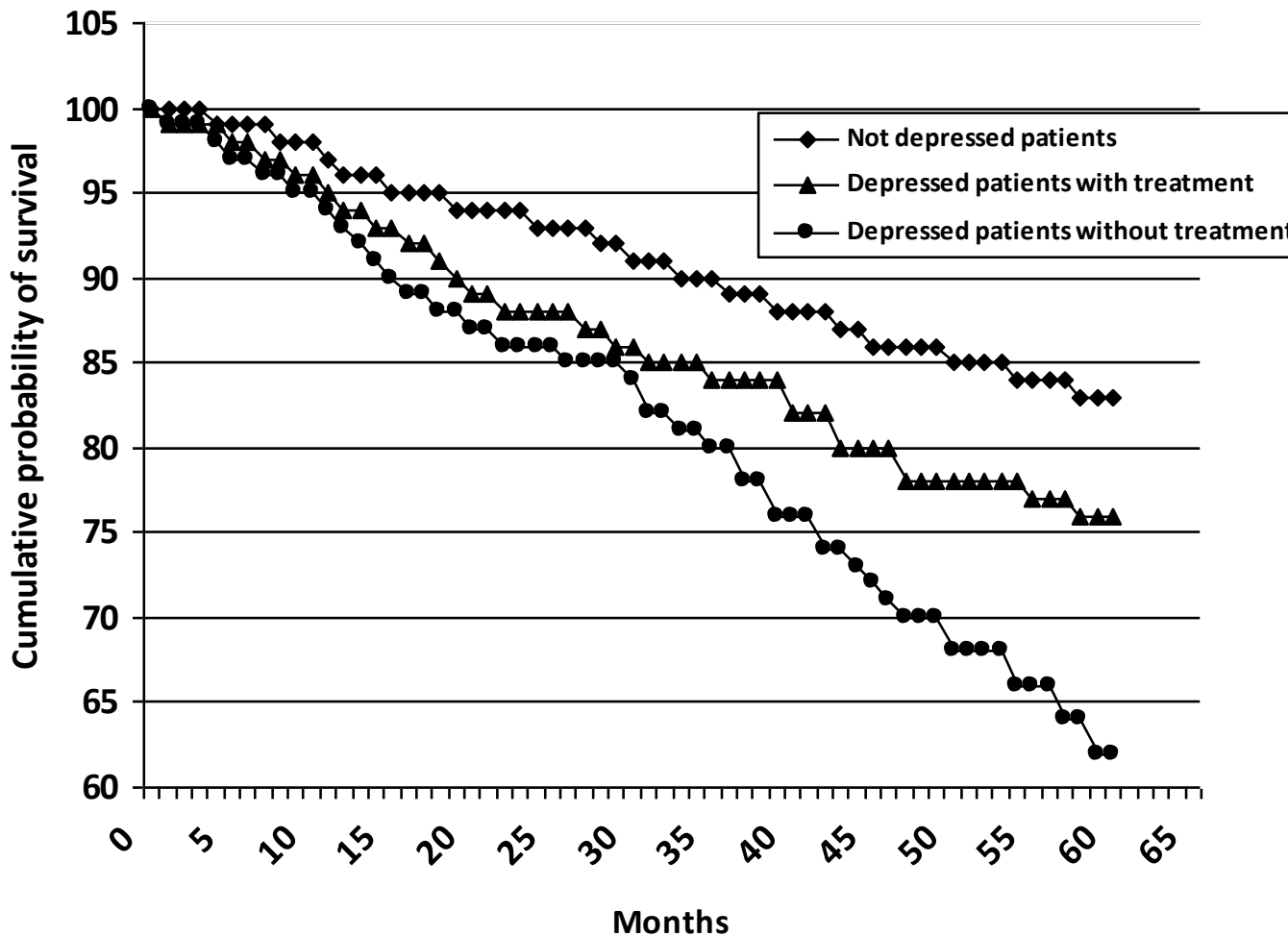
A: crude analysis.

B: Adjusted analysis for age, gender, cognitive and functional status, comorbidity, serum albumin, cancer, and heart failure.

RR: relative risk. C.I.: Confidence Interval.

submitted

Figure-Unadjusted Kaplan-Meier estimates for elderly subjects according to depression and its relative management



significance on survival analysis with log rank test: $p < 0.001$

Depressione e outcome in pazienti anziani con scompenso cardiaco

Depression and major outcomes in older patients with heart failure

*Renzo Rozzini, Tony Sabatini, Giovanni B. Frisoni, Marco Trabucchi,
Arch Int Med, 2002; 162:362-363*

In our study, 6-month mortality was 8%, and the rate of rehospitalization was 29%. Mortality in patients with neither HF nor depression was 4%; in patients without HF and with depression, 7%; in patients with HF and without depression, 15%; and in those with both HF and depression, 21% (differential survival on log rank test, $P < .01$).

Association of groups of risk with 6-month mortality in hospitalized elderly patients

	N/events	A		B	
		RR	95% C.I.	RR	95% C.I.
No HF and no depression	353/14	1.0	Ref.	1.0	Ref.
No HF and yes depression	361/23	1.9	0.9-4.0	1.8	0.8-4.3
Yes HF and no depression	47/7	3.2	1.0-10.3	3.1	1.0-10.4
Yes HF and yes depression	39/8	6.9	2.6-18.3	5.8	2.1-16.6
Disability in BADL	143/22	2.8	1.6-4.9	2.2	1.1-4.6
Serum albumin (<3.5 g/dl)	112/16	2.4	1.3-4.4	2.0	0.9-4.1
APACHE (APS score >5)	76/14	3.3	1.7-6.2	2.3	1.1-5.0

A: crude analysis. B: adjusted for potential confounders (disability, serum albumin, and APACHE)

RR: risk ratio. C.I.: confidence interval.

Variables failing to qualify for entering the multivariate regression model were: age, male gender, cognitive impairment, anemia (Hem<8g/dl), diabetes mellitus, COPD, and GI diseases.

Rozzini R, Sabatini T, Frisoni GB, Trabucchi M. Arch Intern Med (2002).

Depression and Negative Outcomes in Patients With Heart Failure

The rate of rehospitalization in patients without HF and depression was 35%; in patients without HF and with depression was 38%; in patients with HF and without depression was 44%; and in those with HF and with depression was 67% (chi-square test: $p < 0.01$).

R.Rozzini & M.Trabucchi. Arch Intern Med, 2003

Il problema è chiarire se la depressione sia una comorbilità, la cui rilevanza potrebbe essere smascherata da una malattia fisica, oppure una condizione psicologica indicatore di fragilità spia di un'incapacità a far fronte ad un evento stressante.

Nel primo caso il trattamento farmacologico potrebbe essere efficace, nel secondo, inutile o negativo.

Renzo Rozzini & Marco Trabucchi, Arch Int Med, 2003

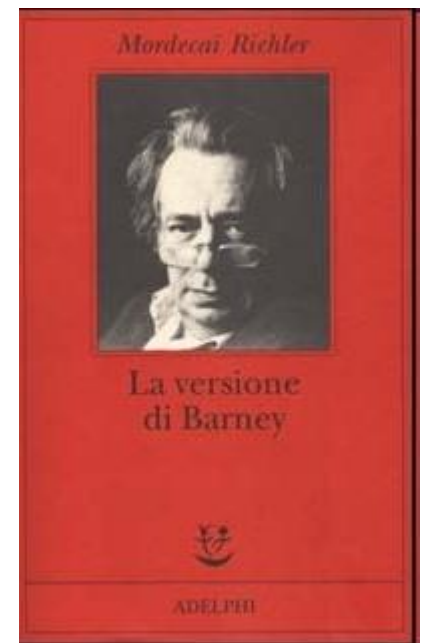
La depressione che ho incontrato, la sofferenza degli anziani

- La depressione dei malinconici;
- La depressione dell'ammalato cronico, del paziente con disabilità;
 - Associata alla malattia grave (i.e. il cancro);
- **La depressione di chi sta perdendo la memoria;**
- La depressione del caregiver (e di chi non è: la figlia separata di Firenze);
- Il depressione legata della decrepitezza senile (ogni cosa è un problema, difficili le cose normali; viene meno le ciò che dava piacere e non si può più);
- La depressione dei maschi;
- La depressione delle donne;
- La depressione della solitudine, dell'abbandono;
- La depressione dei vecchi preti "soli e sofferenti" (il villaggio di cartone);
- La depressione caratterologica (la "lamentosità poco dignitosa" verso la quale fatico a provare compassione);
- La depressione nel lutto: del coniuge, del figlio, degli amici;
- La depressione (la vergogna) per la separazione dei figli;
- La depressione dell'adulto che si separa;
- La depressione causata dalla malvagità umana (crudeltà raccapriccianti che gli uomini sono capaci di commettere ai danni di altri esseri umani).

leri notte, quando stavo finalmente per prendere sonno, mi son reso conto di non ricordarmi come di chiama il coso per tirare su la minestra. Ma tu pensa. L'avrò usato un milione di volte. Lo vedevo come se ce l'avessi davanti agli occhi. Ma quel cazzo di nome, niente. Non avevo nessuna voglia di alzarmi dal letto e di mettermi a scartabellare fra i libri di cucina che Miriam ha lasciato qui, anche perché mi avrebbe ricordato qualcos'altro, e cioè che se se ne è andata la colpa è solo mia.

.....

Cazzo, cazzo, cazzo. Sono saltato giù dal letto, mi sono buttato addosso quello straccio di vestaglia da cui non riesco a liberarmi perché è un regalo di Miriam e ho ciabattato fino in cucina. Frugando nei cassetti ho tirato fuori gli utensili chiamandoli uno a uno con il loro nome: cavatappi, frullino, schiaccianoci, pelapatate, colino misurino, apriscatole, spatola... e, appeso a un gancio alla parete, eccolo lì, l'accidente per versare la minestra, come cavolo si chiama?



Currently, there are 4 tenable possibilities.

1. **Direct causal hypothesis:** severe and repeated major depression may directly cause cognitive impairment via a glucocorticoid (GC) pathway. According to this model, depression leads to excessive secretion of GCs that in turn induce excessive secretion of excitotoxic amino acids; additionally, GC may have adverse effects on neurotrophic factors. These processes may culminate in hippocampal atrophy. Depression may also directly cause cognitive impairment in the elderly via the vascular depression hypothesis. This theory posits that a combination of late-life depression and cerebrovascular factors (e.g., white matter hyperintensity) may lead to cognitive impairment. If the direct causal hypothesis were true, then treatment of depression may lead to primary prevention of dementia/MCI. However, to date, there are no adequate data to support this mechanism.
2. **Reverse causality hypothesis:** depression is an emotional response to an evolving cognitive impairment.
3. **Confounding hypothesis:** AD neurodegenerative pathology causes both the depression and the cognitive impairment. There are 3 criteria that need to be met at the same time in order to clearly identify a confounder: first, to identify the association of interest; second, to establish that the confounder is noncausally or causally associated with the exposure of interest; third, the confounder is causally associated with the outcome of interest. Age is a classic confounder. AD pathology (e.g., plaques and tangles) is another potential confounder (figure).
4. **Interaction hypothesis:** there is a synergistic interaction between depression and a biologic factor to lead to incident dementia/MCI.

The association between late-life depression and cognitive impairment does not appear to be spurious. However, there is insufficient evidence at present to support the hypothesis that depression has a direct causal relationship with subsequent dementia.

Neurology 2010;75:12–14

Qualità della vita e affetti. Quanto gioca la cognitività?

Come cambia la vita emozionale nelle fasi avanzate della malattia? è la “desertificazione dei sentimenti, o galleggiano isole di emozionalità ostinata, e ribelle alle dissolvenze della memoria e alle tempeste inarrestabili dell’oblio?”

Interesse verso il paziente affetto da demenza (verso la malattia oltre che verso la persona; l’interesse ha bisogno di essere alimentato).

Il rapporto con il paziente affetto da decadimento cognitivo richiede interesse: l’altro mi interessa, mi emoziona, mi piace, mi preoccupa, mi tormenta (perché mi sono reso conto che è un essere che sente, vuole, ragiona) indipendentemente da...

La depressione che ho incontrato, la sofferenza degli anziani

- La depressione dei malinconici;
- La depressione dell'ammalato cronico, del paziente con disabilità;
 - Associata alla malattia grave (i.e. il cancro);
- La depressione di chi sta perdendo la memoria;
- La depressione del caregiver (e di chi non è: la figlia separata di Firenze);
- **Il depressione legata della decrepitezza senile (ogni cosa è un problema, difficili le cose normali; viene meno le ciò che dava piacere e non si può più);**
- **La depressione dei maschi;**
- **La depressione delle donne;**
- La depressione della solitudine, dell'abbandono;
- La depressione dei vecchi preti "soli e sofferenti" (il villaggio di cartone);
- La depressione caratterologica (la "lamentosità poco dignitosa" verso la quale fatico a provare compassione);
- La depressione nel lutto: del coniuge, del figlio, degli amici;
- La depressione (la vergogna) per la separazione dei figli;
- La depressione dell'adulto che si separa;
- La depressione causata dalla malvagità umana (crudeltà raccapriccianti che gli uomini sono capaci di commettere ai danni di altri esseri umani).

228.

La vecchiaia maschile, una comunità smisurata d'infelici in Occidente, è un dramma dell'amore che deve rimanere e volersi puramente immaginario per non precipitare in eventi di umiliazione, di squallore, disprezzo di sé, in superflue aggiunte di irosa insofferenza, di superflua sconsolatezza. In tre soli versi in cui passa e si travasa nell'ascoltante un'emozione realmente senza limiti, Miguel Hernández (morto giovanissimo, voce castigliana inaudita) accenna a un accadimento taurino di stupore:

*Bajo su frente trágica y tremenda,
un toro solo en la ribera llora
olvidando que es toro y masculino.*

*Al di sotto di quella sua fronte tragica e tremenda
un toro sulla riva piange
dimenticando di essere toro e maschio.
(El rayo que no cesa, 26)*



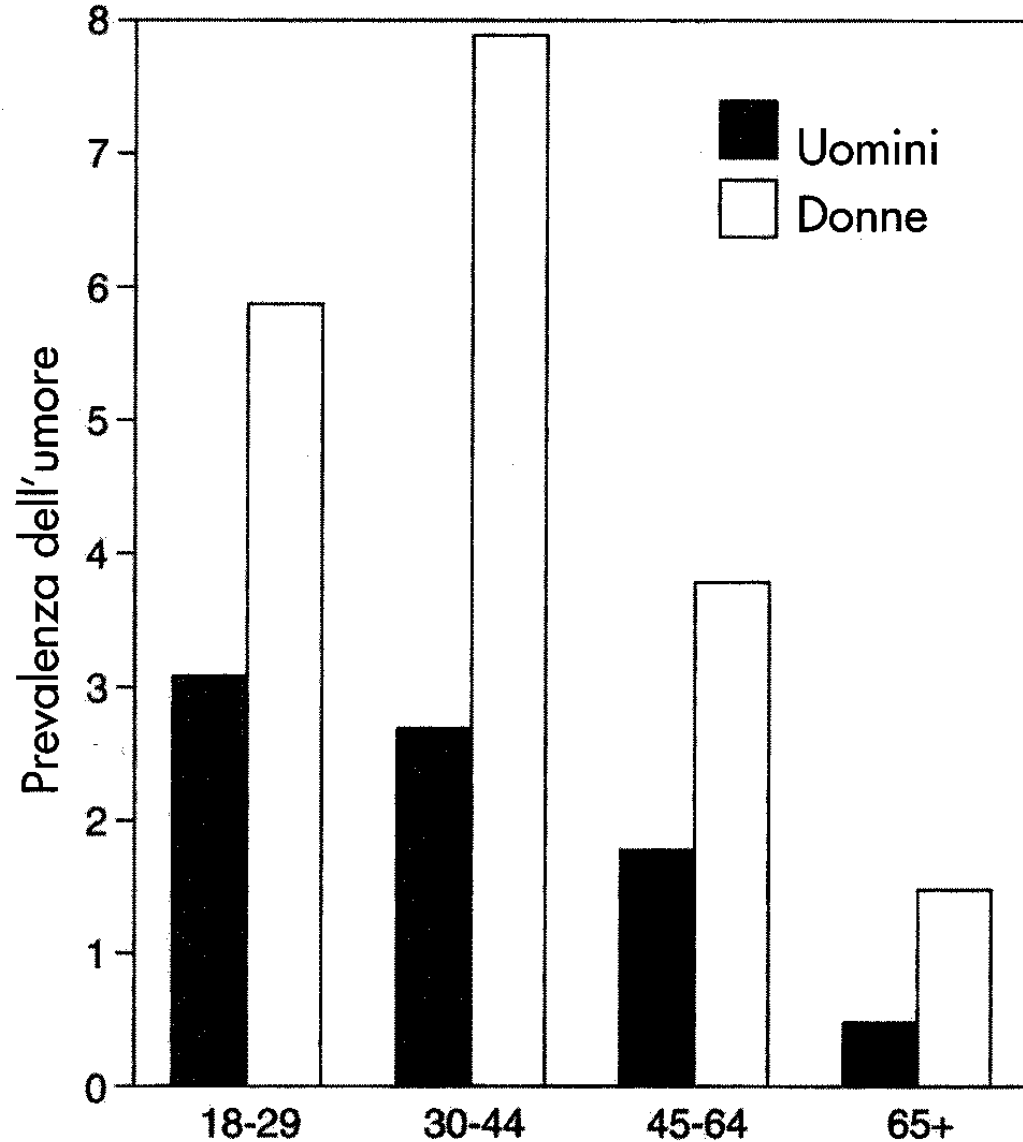
Eccolo là. Il toro che non molesta più nessuno, che non dà più cornate, che senza un atto di pietà andrà ai macelli in periferie ai confini dell'elettricità, il toro che la *lidia* non ha voluto, che non dà più niente (neppure per l'obbrobrio dell'inseminazione artificiale gli resterebbe una goccia nella sua condizione solitaria) – e che cosa succede al di sotto di quella «fronte tragica e tremenda»? una colata di assurde lacrime, un oblio insensato del suo essere «toro e mascolino», una orgogliosa vergogna, un'onta fiera di essere stato e aver tanto patito per disperdersi nel Mai Più...

Sai, ho capito che dopo una certa età se vuoi l'affetto devi pagarlo.

Giorgio Bocca (Lettera43.it, intervista di *Gabriella Colarusso*)

La depressione femminile più frequente di quella maschile, più legata alle défaillances e ai naufragi delle relazioni interpersonali: più radicata nelle metamorfosi dell'intersoggettività come struttura portante della condizione umana.

E. Borgna, Come in uno specchio oscuramente, Feltrinelli (2007)



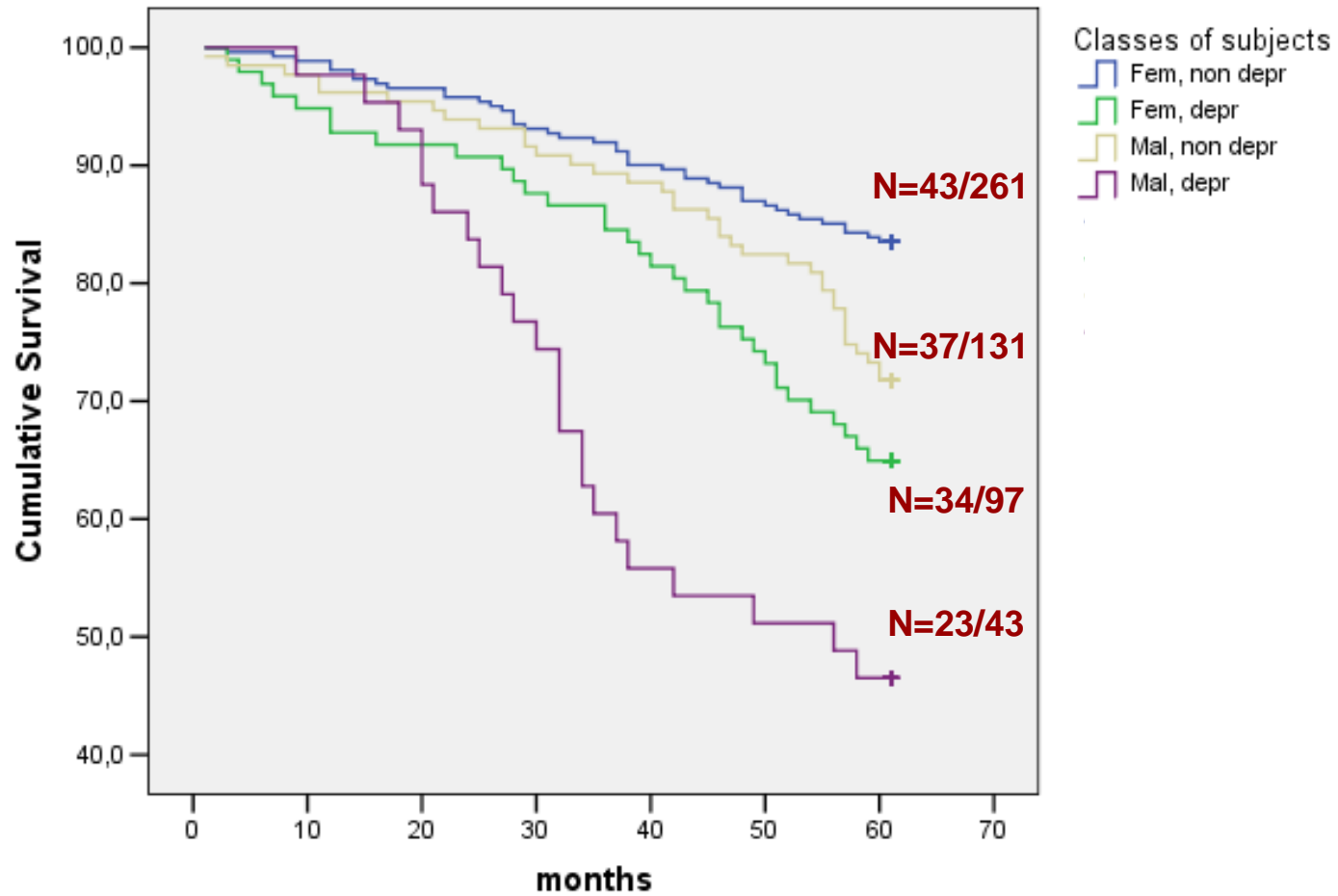
Prevalenza dei disturbi dell'umore osservata per età e sesso. Dati tratti dallo studio Epidemiological Catchment Area. (Weissman et al. 1991)

Depressive symptoms in 390 70+ home dwelling subjects

	n.	Mean±sd (%)
GDS (males)		7.1±5.6
0-10	92	(74.4)
11-20	23	(21.3)
21-30	4	(3.3)
GDS (females)		9.8±6.1
0-10	160	(59.7)
11-20	91	(34.0)
21-30	17	(6.3)

Rozzini et al, J Affect Disord, 1997

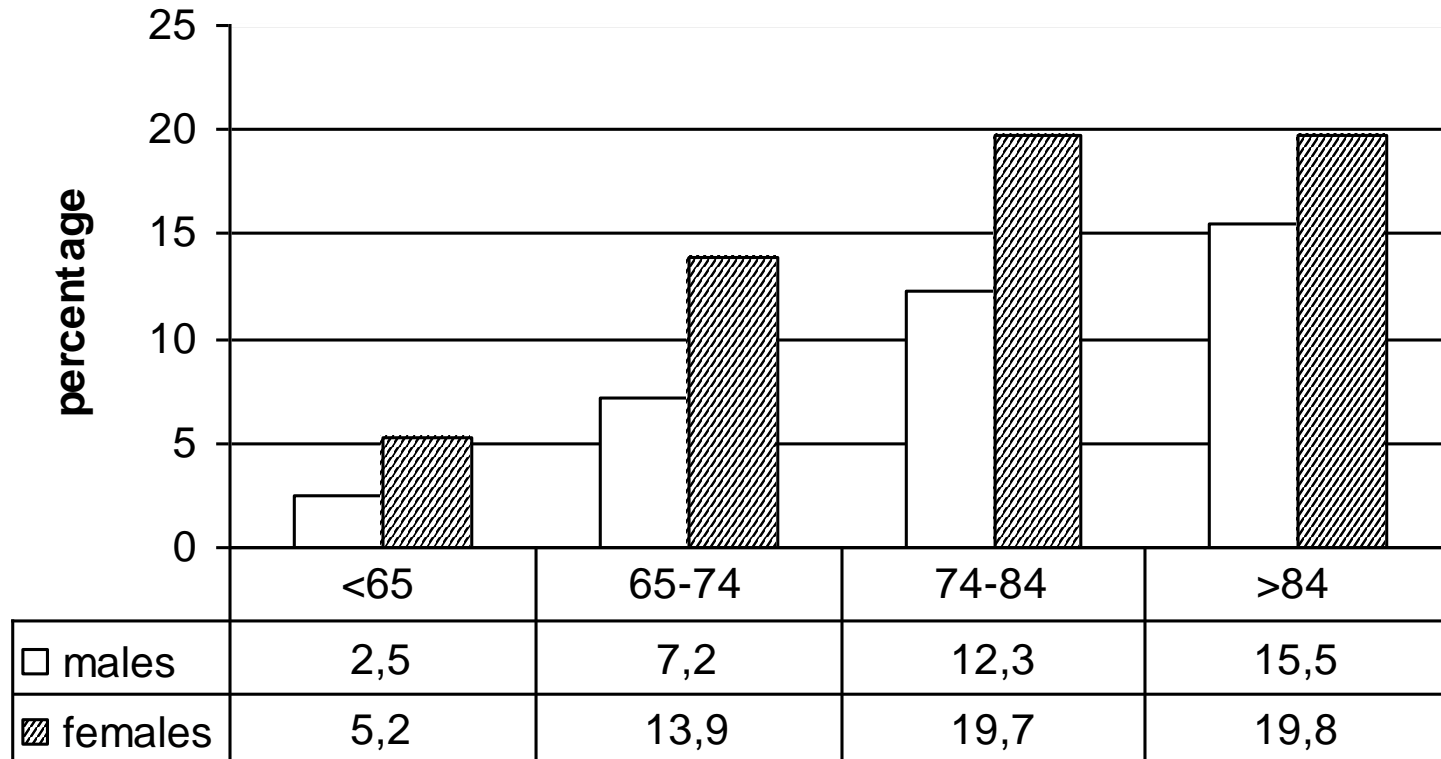
Mortality rates in elderly persons living at home according to depressive symptoms



Log rank: $p < 0.002$

unpublished

Rates of antidepressant's prescriptions according to gender and age strata in elderly patients living at home



GDS items and mortality in Italian elderly persons living at home

Interestingly, when measuring the relationship with mortality in males and females, we found that in elderly men only the GDS item “Are you basically satisfied with your life?” (n=21 answered no) is independently associated with an increased 5 year mortality risk (13 subjects died)(RR: 1.9 95% CI 1.0-3.6), while in the female group two GDS items were independently associated with mortality, i.e. “Have you dropped many of your activities and interests?” (n=152 answered yes, 52 subjects died during the 5 year follow-up period) (RR: 2.8 95% CI 1.6-4.6) and “Do you feel that your life is empty?” (n=111 answered yes and 35 died) (RR: 1.6 95% CI 1.1-2.7). These differences suggest that for males a life long pervasive condition characterized by dissatisfaction, exerts its negative consequence on survival.

On the contrary, in females the association with survival is related to the negative interpretation of life in old age (loss of interest and activities and a feeling of emptiness) indicating that, in women, life’s conditions “hic et nunc” exert deeper effects.

These gender differences should be taken into consideration when examining an elderly person with a mood problem. Indeed a different therapeutic approach may be necessary in old age when discomfort refers to a previous condition or to more recent events. This topic is also important from a pathogenetic point of view. Depressive conditions in males and females may be of different origin and thus have specific biological mechanisms and a gender-related effect on survival.

La depressione che ho incontrato, la sofferenza degli anziani

- La depressione dei malinconici;
- La depressione dell'ammalato cronico, del paziente con disabilità;
- Associata alla malattia grave (i.e. il cancro);
- La depressione di chi sta perdendo la memoria;
- La depressione del caregiver (e di chi non è: la figlia separata di Firenze);
- Il depressione legata della decrepitezza senile (ogni cosa è un problema, difficili le cose normali; viene meno le ciò che dava piacere e non si può più);
- La depressione dei maschi;
- La depressione delle donne;
- **La depressione della solitudine, dell'abbandono;**
- La depressione dei vecchi preti "soli e sofferenti" (il villaggio di cartone);
- La depressione caratterologica (la "lamentosità poco dignitosa" verso la quale fatico a provare compassione);
- La depressione nel lutto: del coniuge, del figlio, degli amici;
- La depressione (la vergogna) per la separazione dei figli;
- La depressione dell'adulto che si separa;
- La depressione causata dalla malvagità umana (crudeltà raccapriccianti che gli uomini sono capaci di commettere ai danni di altri esseri umani).

Qoèlet 4, 7-12

La solitudine

E tornai a considerare quest'altra vanità sotto il sole:

il caso di chi è solo e non ha nessuno, né figlio né fratello. Eppure non smette mai di faticare, né il suo occhio è mai sazio di ricchezza: «Per chi mi affatico e mi privo dei beni?». Anche questo è vanità e un'occupazione gravosa.

Meglio essere in due che uno solo, perché otterranno migliore compenso per la loro fatica.

Infatti, se cadono, l'uno rialza l'altro. Guai invece a chi è solo: se cade, non ha nessuno che lo rialzi.

Inoltre, se si dorme in due, si sta caldi; ma uno solo come fa a riscaldarsi?

Se uno è aggredito, in due possono resistere: una corda a tre capi non si rompe tanto presto.



Possiamo vedere e speculare finché ci piace i meccanismi psicologici, viene alla fine il momento in cui ci si domanda: ma che cosa è che fa rivoltare la vita contro se stessa, a questo modo?

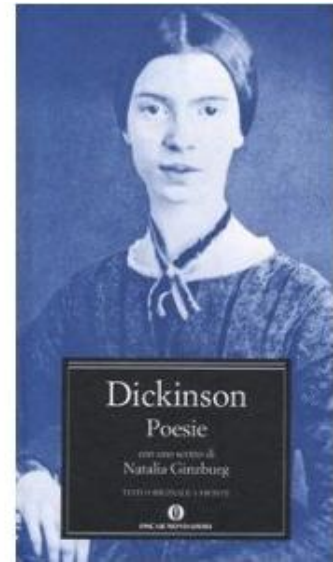
Tutto questo porta con sé il timore degli uomini: spinge al nascondimento, alla solitudine.

Il malinconico non si sente a suo agio che quando è solo. Nessuno più di lui ha bisogno di quiete. La quiete è per lui qualche cosa: un'atmosfera spirituale, che gli consente di ripigliar fiato, che allevia e rassicura.



Non è difficile avvertire se in una persona le radici dell'essere si affondano giù nella malinconia. Un'esistenza limpida e disinvolta rende felici, è vero; ma chi abbia conosciuto quell'altra ragione, non saprà più vivere, in maniera definitiva, se non insieme con persone e con pensieri che siano a contatto con quelle profondità, o per lo meno siano sensibili ad esse.

La grandezza, grandezza vera, grandezza totale, non è possibile senza quella pressione, soltanto la quale conferisce un peso alle singole cose, e potenzia le forze tutte allo sforzo finale; senza quella tristezza in certo qual modo costituzionale, quella che Dante chiama "la grande tristezza", e che nasce, non dall'una o dall'altra causa occasionale, ma dalla nuda e cruda esistenza.



**"Ad un cuore spezzato
nessun cuore si volga
se non quello che ha l'arduo
privilegio
d'aver altrettanto sofferto".**

Emily Dickinson (1830-1886)

La depressione che ho incontrato, la sofferenza degli anziani

- La depressione dei malinconici;
- La depressione dell'ammalato cronico, del paziente con disabilità;
- Associata alla malattia grave (i.e. il cancro);
- La depressione di chi sta perdendo la memoria;
- La depressione del caregiver (e di chi non è: la figlia separata di Firenze);
- La depressione legata della decrepitezza senile (ogni cosa è un problema, difficili le cose normali; viene meno le ciò che dava piacere e non si può più);
- La depressione dei maschi;
- La depressione delle donne;
- La depressione della solitudine, dell'abbandono;
- **La depressione dei vecchi preti "soli e sofferenti" (il villaggio di cartone);**
- La depressione caratterologica (la "lamentosità poco dignitosa" verso la quale fatico a provare compassione);
- La depressione nel lutto: del coniuge, del figlio, degli amici;
- La depressione (la vergogna) per la separazione dei figli;
- La depressione dell'adulto che si separa;
- La depressione causata dalla malvagità umana (crudeltà raccapriccianti che gli uomini sono capaci di commettere ai danni di altri esseri umani).

La depressione che ho incontrato, la sofferenza degli anziani

- La depressione dei malinconici;
- La depressione dell'ammalato cronico, del paziente con disabilità;
- Associata alla malattia grave (i.e. il cancro);
- La depressione di chi sta perdendo la memoria;
- La depressione del caregiver (e di chi non è: la figlia separata di Firenze);
- Il depressione legata della decrepitezza senile (ogni cosa è un problema, difficili le cose normali; viene meno le ciò che dava piacere e non si può più);
- La depressione dei maschi;
- La depressione delle donne;
- La depressione della solitudine, dell'abbandono;
- La depressione dei vecchi preti "soli e sofferenti" (il villaggio di cartone);
- **La depressione caratterologica (la "lamentosità poco dignitosa" verso la quale fatico a provare compassione);**
- **La depressione nel lutto: del coniuge, del figlio, degli amici;**
- **La depressione (la vergogna) per la separazione dei figli;**
- **La depressione dell'adulto che si separa;**
- **La depressione causata dalla malvagità umana (crudeltà raccapriccianti che gli uomini sono capaci di commettere ai danni di altri esseri umani).**

La vecchiaia e la morte (Qoèlet 12, 1-8)

Ricòrdati del tuo creatore
nei giorni della tua giovinezza,
prima che vengano i giorni tristi
e giungano gli anni di cui dovrai dire:
«Non ci provo alcun gusto»;
prima che si oscurino il sole,
la luce, la luna e le stelle
e tornino ancora le nubi dopo la pioggia;
quando tremeranno i custodi della casa
e si curveranno i gagliardi
e cesseranno di lavorare le donne che
macinano,
perché rimaste poche,
e si offuscheranno quelle che guardano
dalle finestre
e si chiuderanno i battenti sulla strada;
quando si abbasserà il rumore della mola
e si attenuerà il cinguettio degli uccelli
e si affievoliranno tutti i toni del canto;

quando si avrà paura delle alture
e terrore si proverà nel cammino;
quando fiorirà il mandorlo
e la locusta si trascinerà a stento
e il capperò non avrà più effetto,
poiché l'uomo se ne va nella dimora eterna
e i piagnoni si aggirano per la strada;
prima che si spezzi il filo d'argento
e la lucerna d'oro s'infranga
e si rompa l'anfora alla fonte
e la carrucola cada nel pozzo,
e ritorni la polvere alla terra, com'era prima,
e il soffio vitale torni a Dio, che lo ha dato.
Vanità delle vanità, dice Qoèlet,
tutto è vanità.



Medici e psicologi ti sanno dire un mucchio di cose, e tutte pertinenti, circa le cause e la struttura intima della malinconia. Purtroppo e spesso vi frappongono cose talmente banali, che non si sa proprio come mandarle d'accordo con la profondità e la violenza della passione che sta sotto a quella esperienza. Ciò che essi ti sanno dire non va oltre la teoria di certe sottostrutture fondamentali. Il vero significato non si rivela se non attraverso lo spirito. E mi pare si debba formulare così: la malinconia è l'inquietudine dell'uomo che avverte la vicinanza dell'infinito. Beatitudine e minaccia a un tempo.



Dall'essere malinconico sbocca e trabocca a fiotti la vita; a lui come a nessuno è dato di sperimentare la sfrenatezza dell'intera esistenza. Sempre connessa con la bontà. Connessa col desiderio che la vita si svolga secondo la bontà e la gentilezza, e sia benefica per gli altri.



Qui proprio siamo al cuore della malinconia, la quale, in ultima analisi, non è altro se non desiderio d'amore. Amore, in tutte le sue forme, in tutti suoi gradi; dalla sensibilità più elementare, sino al più alto amore dello spirito. Lo slancio vitale, il cuore della malinconia è l'Eros: desiderio di amore e di bellezza.