Gruppo di ricerca geriatrica

“Casi clinici in geriatria”

Journal Club – 18 agosto 2006

Depressione

Marco Trabucchi

… perché ciò che temo mi accade,
e quel che mi spaventa mi raggiunge.
Non ho tranquillità, non ho requie,
non ho riposo e viene il tormento.

(*Giobbe, 3, 25-26)*

La depressione dell’anziano: il vuoto di un tempo conquistato, invaso da passioni tristi, accompagnato (o guidato?) dalla bile nera

1- … veniamo da lontano

2- il medico e il dolore psichico

3- le conoscenze clinico-epidemiologiche

4- una “care” complessiva

… veniamo da lontano

LA DEPRESSIONE DELL'ANZIANO

32

Renzo Rozzini e Marco Trabucchi

UTET
PERIODICI

1996

Quaderni AIP
GRG 62
La depressione dell'anziano: un rilevante fattore di modulazione prognostica
CRITICAL MEDICINE PUBLISHING
a cura di Marco Trabucchi e Angelo Bianchetti
AIP
ASSOCIAZIONE ITALIANA PSICOGERIATRIA

2002

Un interesse altalenante da parte della letteratura, troppo dipendente dalle proposte farmaceutiche

If we fail to make health care accessible, to make the treatments for depression available, and to destigmatize depression, we will guarantee the continued and unnecessary suffering of millions of our friends and neighbors. Such an abrogation of our responsibility would, indeed, be a sin.

(Rubinow DR, New Engl J Med 354:1305-1307, 2006)

The belief that older people have "good reason to be depressed" has sometimes led to misplaced nihilism regarding treatment for depression.

(Gregory Simon, BMJ 332:249-250, 2006)

… quando Rozzini nel 1982 introdusse in Italia l'assessment multidimensionale dell'anziano ed anche la rilevazione dello stato affettivo

Patologie di cui gli anziani hanno più paura, per area geografica (val.%)

	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Totale
Malattie cardiache	39,3	37,1	32,9	41,0	38,1
Affezioni tumorali	40,5	36,5	27,2	35,8	35,4
Depressione	13,3	16,4	25,9	18,3	18,1
Malattie vascolari e circolatorio	16,1	13,0	12,5	19,1	15,7
Osteoporosi	10,7	11,0	13,7	6,0	9,9
Malattie cerebrali (ictus, ecc.)	9,7	11,0	13,1	6,7	9,7
Gastropatie	1,2	2,3	0,0	1,0	1,1

Il totale non è uguale a 100 perché erano possibili più risposte.

(Fonte: indagine Censis-Salute La Repubblica, 2005)

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

		Depressione			
	n	assente	moderata	severa	età
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 (2000)**	1038	59.2	29.7	11.1	>65

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

Come affrontare la depressione del vecchio in un mondo sanitario dominato da logiche economiche, che spesso producono mostri
(ad es. l'appropriatezza formale, il dominio dei budget nell'organizzazione dei servizi, la "qualità", ecc.)

Come si pone il medico di fronte al dolore psichico dell’anziano?

Per avvicinare la sofferenza dell'altro, l'analogia del sentire viene spesso in aiuto più che l'analogia della ragione. Per questo la comprensione del dolore altrui richiede maturità umana, suffragata dalle proprie esperienze di sofferenza.

Ma cos’è la compassione?
Le ambiguità di una definizione.

“Partecipazione emotiva al dolore altrui che si esprime attraverso un sentimento di solidarietà alla base del quale c’è la consapevolezza della comune partecipazione al carattere doloroso dell’esistenza”

(Umberto Galimberti)

“Compassione: la partecipazione alla sofferenza altrui in quanto è qualche cosa di diverso da questa stessa sofferenza. Quest’ultima limitazione è importante perché la compassione non consiste nel provare la stessa sofferenza che la suscita. L’emozione suscitata dal dolore di un’altra persona si può chiamare compassione solo se è il sentimento di una solidarietà più o meno attiva, ma non ha nulla a che fare con l’identità di stati emotivi tra chi ha compassione e chi è compassionato”.

(Nicola Abbagnano)

Il ruolo del medico.
La grandezza dell’uomo sta nel guardare alle sue ferite e a quelle degli altri, con coraggio e dedizione.

Cosa sappiamo di un “male” che temiamo, che fa soffrire, che aggrava le malattie e che accorcia la vita del vecchio?

Grigio nel grigio, ogni momento sembra uguale all'altro, disperatamente; però nessuno conosce gli angoli e le pieghe di una psiche che, apparentemente opaca nella sua espressione, è invece profondamente diversificata nei silenzi apparenti e nella sofferenza sempre più viva.
Il vecchio depresso, che certamente ha una vita ridotta nelle sue espressioni, nasconde dietro il dolore tentativi di speranza assolutamente unici: una speranza talvolta cercata da solo, talvolta disperatamente richiesta agli altri.

La depressione è una disfunzione emotiva così misteriosamente dolorosa ed elusiva nel suo modo di farsi conoscere all'Io, o perlomeno all'intelletto raziocinante, da rasentare la totale indescrivibilità. Per questo risulta quasi incomprensibile a chi non l'ha sperimentata nella sua forma estrema, anche se il cattivo umore, le "lune" che occasionalmente affliggono le persone e che tendono a venire associate alle generali difficoltà dell'esistenza di tutti i giorni sono così comuni da dare a molti individui almeno una vaga idea di cosa possa essere la malattia nella sua forma catastrofica.

(***W. Styron, Un'oscurità trasparente, Mondadori 1999)***

Non getto più ponti per i giorni a venire. Avendo fatto le “prove generali” considero conclusa la mia esistenza… ***(A.Z.)***

Il rifiuto sociale della depressione del vecchio:
un peso,
un costo,
una vergogna …

depressione, suicidio, eutanasia

“Clinical and biological complexity is the rule rather than the exception in psychogeriatric syndromes”

(Alexopoulos, 2003)

La depressione dell’anziano non è solo una “vicenda” dello spirito

Association of Predictive Variables with Mortality in Men in the ILSA Cohort

	Mortality for All Causes ($N = 523$)	Mortality for Diseases of Circulatory System ($N = 185$)
	HR (95% CI)	HR (95% CI)
Age	2.47 (1.85–3.28)	4.59 (2.62–8.07)
Claudication		1.64 (0.90–2.99)
Diabetes	1.27 (0.89–1.79)	
Congestive heart failure	2.19 (1.54–3.12)	2.01 (1.06–3.83)
Stroke		2.78 (1.63–4.73)
Fibrinogen	1.71 (1.31–2.23)	
DS	2.02 (1.58–2.58)	2.49 (1.60–3.87)

Note: ILSA = Italian Longitudinal Study on Aging; HR = hazard ratio; CI = confidence interval; DS = depressive symptomatology.

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
2005, Vol. 60A, No. 1, 85–92

Association of Depression With 6-Month Mortality and Rehospitalization in 687 Hospitalized Elderly Patients (Cox Regression Analysis)

	No. Of events	Risk Ratio (95% Confidence Interval) Bivariate Analysis	Multivariate Analysis*
Mortality			
No Depression	15	1.0 (Reference)	1.0 (Reference)
Yes Depression	54	1.98 (1.07-3.68)	1.87 (1.01-3.52)
Rehospitalization			
No Depression	87	1.0 (Reference)	1.0 (Reference)
Yes Depression	196	1.49 (1.08-2.06)	1.43 (1.02-1.99)

*Adjusted for potential confounders (age, sex, living alone, comorbidity, and disability.

(Arch Intern Med 162:948-949, 2002)

Crude and Adjusted Associations of Beck's Depression Inventory (BDI) Score With 12-Year Mortality in a Community-dwelling Population

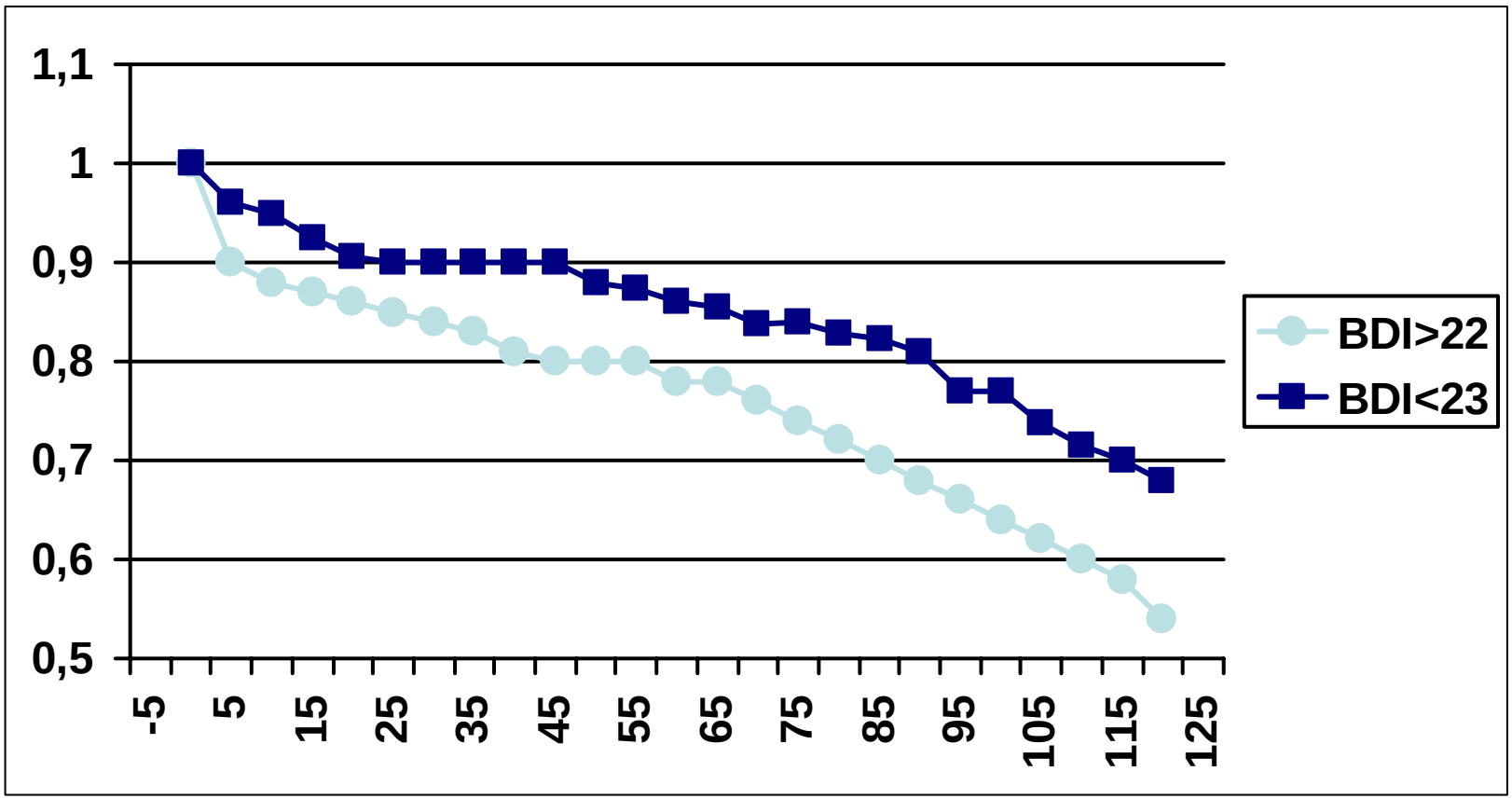
Renzo Rozzini, Giovanni B. Frisoni, Tony Sabatini, and Marco Trabucchi

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
2002, Vol. 57A, No. 2, M144–M145

Measure	*n*/Deaths	A		B	
		RR[a]	95% CI	RR[b]	95% CI
BDI					
0–22 (low)	778/373	1.0	Reference	1.0	Reference
23–44 (intermediate)	311/167	1.1	1.0–1.5	1.1	1.0–1.5
45–66 (high depressive symptoms)	61/35	1.4	1.1–2.0	1.3	1.0–1.9
Gender, men	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, ≥1 IADL functions lost	286/186	1.8	1.5–1.2	1.4	1.2–1.7
Cognitive impairment, MSQ ≤8	131/73	1.3	1.1–1.7	1.2	1.1–1.5
Physical health, ≥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

Notes: Test for trend of the crude[a] and adjusted[b] linear increase of RR through groups of increasing BDI levels ($p < .02$ and $p < .05$, respectively). A = crude analysis; B = adjusted for potential confounders; RR = risk ratio; CI = confidence interval; IADL = instrumental activity of daily living; MSQ = Kahn's Mental Status Questionnaire.

Survival curves according to depression in community dwelling elderly persons (70-74 years old)



Log rank test, p=0.007

Relationship Between Depressive Symptoms and 5-Year Mortality in 4 Groups of Elderly People Living at Home Divided According to the Presence of Neither, Either, or Both Cognitive Impairment and Functional Disability (4 Separate Cox Proportional Hazard Models)

		Events (*N*)		A	B
	GDS	Depressed	Nondepressed	RR (95% CI)	RR (95% CI)
Total	3.7 ± 3.0	138/55	386/76	2.6 (1.6–3.3)	1.6 (1.1−2.3)
Group A: physically healthy	3.0 ± 2.7	57/16	280/42	2.1 (1.2–3.7)	2.1 (1.2−3.9)
Group B: cognitively impaired, nondisabled	3.6 ± 2.8	14/3	49/12	0.9 (0.2–3.1)	0.8 (0.3−3.2)
Group C: disabled, noncognitively impaired	5.7 ± 3.4	34/18	32/6	3.3 (1.3–8.3)	3.2 (1.2−8.2)
Group D: cognitively impaired and disabled	5.8 ± 2.9	33/18	25/16	0.8 (0.4–1.5)	0.8 (0.4−1.7)

Notes: "Cognitively impaired" are those patients with a Mini-Mental State Exam score between 14 and 23, and "disabled" are those with 1 or more activities of daily living lost.

A = crude analysis; B = adjusted analysis for age, gender, education, and number of diseases/chronic conditions; RR = relative risk; CI = confidence interval.

Renzo Rozzini, MD
Tony Sabatini, MD
Giovanni B. Frisoni, MI
Marco Trabucchi, MD

Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
2003, Vol. 58A, No. 12, 1145–1148

Affective State and Symptoms Prevalence in the Elderly

Data support that somatic complaints should be considered as possible manifestations of a depressed mood. On the other hand, our findings confirm the greater tendency in women to express dysphoric mood through somatic symptoms. Adult women tend to consider emotion as more important in life than men do; however, they tend to inhibit their emotions more often and hide affective problems behind somatic symptoms.

RENZO ROZZINI, MD
ORAZIO ZANETTI, MD
ANGELO BIANCHETTI, MD
MARCO TRABUCCHI, MD

(J Am Geriatr Soc 35: 276, 1987)

Heart Failure and Depression

. Heart Failure is the leading cause for hospitalization in those older than 65 years

. In USA 50% of patients are readmitted to hospitals within 6 months of their first heart failure hospitalization (44% in our sample).

. Non adherence to dietary and medication regimens plays a prominent role in the increased services utilization

. Depression in heart failure is associated with an increase of hospitalization (+23% in our sample), of other medical services utilization and of heart failure care costs.

. A number of possible reasons:

a) depression in a marker for more severe heart disease

b) depression increases heart failure morbidity by impairing self care

c) depression affects symptoms perception and health behavior

d) neuroendocrine changes typical of depression exacerbate heart failure pathophysiology.

. The increased risk of mortality in heart failure patients with depression (x2 in our sample) indicates that a mix of biological, psychological and clinical factors is involved.

ORIGINAL CONTRIBUTION

Depression, Apolipoprotein E Genotype, and the Incidence of Mild Cognitive Impairment

A Prospective Cohort Study

Yonas E. Geda, MD; David S. Knopman, MD; David A. Mrazek, MD; Gregory A. Jicha, PhD, MD; Glenn E. Smith, PhD; Selamawit Negash, PhD; Bradley F. Boeve, MD; Robert J. Ivnik, PhD; Ronald C. Petersen, PhD, MD; V. Shane Pankratz, PhD; Walter A. Rocca, MD, MPH

Background: It remains unknown whether depression and apolipoprotein E genotype are risk factors for incident mild cognitive impairment (MCI).

Objective: To determine whether elderly individuals with depression (measured by the short Geriatric Depression Scale) are at increased risk of developing incident MCI.

Design: Prospective cohort study.

Setting: Primary care clinic.

Participants: A cohort of 840 cognitively normal elderly subjects without depression at recruitment who were followed up prospectively for a median of 3.5 years (range, 0.4-12.8 years). Subjects who developed depression (score of ≥6 on the short Geriatric Depression Scale; depression cohort) were compared with all remaining subjects (referent cohort).

Main Outcome Measures: Incidence of MCI (primary outcome) and incidence of MCI or dementia (composite secondary outcome).

Results: Individuals in the depression cohort were at significantly increased risk of subsequent incident MCI (hazard ratio [HR], 2.2; 95% confidence interval [CI], 1.2-4.1) after adjusting for age (time scale), sex, and education, and considering dementia as a competing outcome. The association was stronger in men but did not vary by severity of depression. We observed a synergistic interaction between apolipoprotein E genotype (ε3/ε4 or ε4/ε4) and depression (joint effect HR, 5.1; 95% CI, 1.9-13.6; test for additive interaction, $P=.03$). We found a similar association between depression and the subsequent composite outcome of incident MCI or dementia (HR, 2.6; 95% CI, 1.6-4.3).

Conclusions: Cognitively normal elderly individuals who develop depression are at increased risk of subsequent MCI. We found a synergistic interaction between depression and apolipoprotein E genotype.

Arch Neurol. 2006;63:435-440

Characteristics of 209 Elderly Patients Admitted to a Rehabilitation and Aged Care Unit According to Severity of Subcortical Cerebrovascular Disease (sCVD)

Characteristic	Total (N = 209)	None or Mild sCVD (N = 104)	Moderate or Severe sCVD (N = 105)	p
Age, y	79.6 ± 6.3	78.6 ± 6.7	80.6 ± 5.7	.021
Gender (% female)	80.4	76.9	83.8	.140
Education, y	6.0 ± 3.1	5.9 ± 3.0	6.1 ± 3.2	.559
Geriatric Depression Scale score (0–15)	6.8 ± 3.6	6.3 ± 3.7	7.3 ± 3.4	.044
Mini-Mental State Examination score (0–30)	22.6 ± 3.5	23.6 ± 3.2	21.6 ± 3.6	.000
Memory span FW	4.4 ± 0.7	4.4 ± 0.7	4.3 ± 0.7	.381
Memory span BW	2.3 ± 0.8	2.4 ± 0.9	2.3 ± 0.7	.728
Semantic verbal fluency (SVF) (z score)	−1.2 ± 0.8	−1.0 ± 0.9	−1.4 ± 0.8	.001
% Perseverative errors in SVF	29.9 ± 42.8	23.7 ± 25.7	36.0 ± 54.0	.041
Attention sustained (z score)	−1.6 ± 1.0	−1.4 ± 1.0	−1.7 ± 1.0	.040
Babcock Test (z score)	−1.4 ± 1.3	−1.4 ± 1.4	−1.5 ± 1.2	.576

Notes: Descriptive statistics are presented as mean values and standard deviation or percentages, according to the nature of the variable. The comparisons of the two groups have been evaluated through the General Linear Model (GLM); homoschedasticity was first checked by the Levene's test, and the Welch test was used when the null hypothesis of homoschedasticity was rejected. The association between categorical variables and the groups was evaluated by the chi-square test or the exact test, when the former was not applicable.

FW = forward; BW = backward.

Elena Lucchi,[1] Giuseppe Bellelli,[1] Francesca Magnifico,[1] Fabio Guerini,[1] and Marco Trabucchi[2]

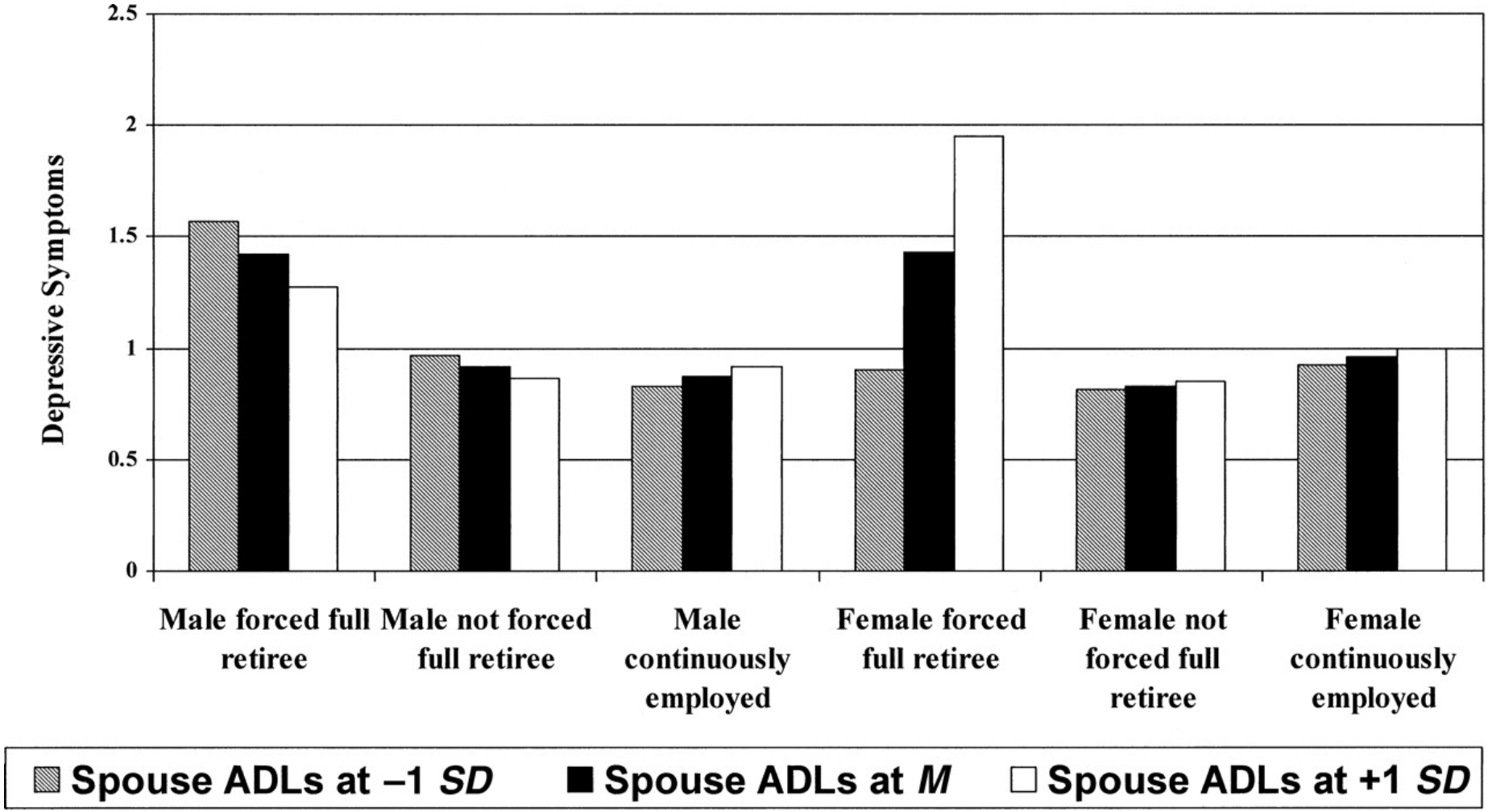
Journal of Gerontology: MEDICAL SCIENCES
2005, Vol. 60, No. 12, 1606

Conoscenza ed empatia
(la raccolta delle storie di vita come atto diagnostico e terapeutico)

Dalla raccolta dell’anamnesi alle condizioni oggettive. Un passaggio giustificato? Quale ruolo dare alla genetica, alla storia passata, ai fattori di rischio?

I fattori di rischio di depressione sono vari (somatici, psicologici, relazionali). Particolare attenzione deve essere data alla loro aggregazione, perché aumenta di molto il rischio stesso (es. il pensionamento assieme alla malattia del coniuge).

Depressive symptoms by gender, forced retirement, and number of spouse activities of daily living (ADLs). The data are based on coefficients and means shown in Table 1, with spouse's disability set to ± 1 standard deviation and the mean.



(J Gerontol: Soc Sci, 59B:S333-S342, 2004)

La depressione nell'anziano interferisce con la durata della vita: una "care" complessiva della persona che invecchia deve quindi dedicare un'attenzione primaria ai problemi dell'affettività.

Attenzione ai luoghi dove la depressione si “concentra”.

Il ruolo del medico:
aiutare l’anziano ad uscire dalla sofferenza disperata e solitaria.

Trattare o non trattare con i farmaci?
Vi è una gerarchia di efficacia?

Vi è un legame con specifici sintomi?

- **L’intuizione clinica indica se la depressione è una malattia o l’espressione di un disagio polifattoriale.**
- **“Because of excellent response of many depressed older adults to drug therapy, antidepressant should always be considered where depressive symptoms threaten the elder’s ability to function (Kassel, Geriatric Medicine).**
- **Antidepressivi (SSRI, triciclici, MAOI, nuovi antidepressivi, stabilizzatori del tono dell’umore) e psicoterapie.**

Simvastatin Causes Changes in Affective Processes in Elderly Volunteers

Knashawn Morales, ScD,[*] Marsha Wittink, MD,[†] Catherine Datto, MD,[‡§] Suzanne DiFilippo, RN,[‡§] Mark Cary, PhD,[*] Thomas TenHave, PhD,[§] and Ira R. Katz, MD, PhD[‡§]*

OBJECTIVES: To test for simvastatin-induced changes in affect and affective processes in elderly volunteers.

DESIGN: Randomized, clinical trial.

SETTING: The Geriatric Behavioral Psychopharmacology Laboratory at the University of Pennsylvania.

PARTICIPANTS: Eighty older volunteers, average age 70, with high normal/mildly elevated serum cholesterol.

INTERVENTION: Simvastatin up to 20 mg/d or placebo for 15 weeks.

MEASUREMENTS: Daily diary records of positive and negative affects and of events and biweekly measures of depressive symptoms. Affect ratings were obtained using the Lawton positive and negative affect scales; independent raters coded the valences of events.

RESULTS: Thirty-one of 39 subjects assigned to placebo and 33 of 41 receiving simvastatin completed the study. During biweekly assessments, four subjects on simvastatin and one on placebo experienced depressive symptoms, as manifest by Center for Epidemiological Studies Depression scale scores greater than 16 (exact $P = .36$). Diary data demonstrated significant effects on affective processes. For positive affect, there was a significant medication-by-time interaction that reflected decreases in positive affect in subjects receiving simvastatin, greatest in those patients whose final total cholesterol levels were below 148 mg/dL. For negative affect, there were significant medication-by-event, and medication-by-event-by-time interactions, reflecting a time-limited increase in the apparent effect of negative events.

CONCLUSION: Simvastatin has statistically significant effects on affect and affective processes in elderly volunteers. The decrease in positive affect may be significant clinically and relevant to the quality of life of many patients.
J Am Geriatr Soc 54:70–76, 2006.

Key words: simvastatin; cholesterol; affect; depression; diaries

Therapeutic Exercise and Depressive Symptoms After Stroke

Sue-Min Lai, PhD, MS, MBA,[*] Stephanie Studenski, MD, MPH,[§‖] Lorie Richards, PhD,[¶] Subashan Perera, PhD,[§] Dean Reker, PhD,[†#] Sally Rigler, MD, MPH,[‡] and Pamela W. Duncan, PhD, PT, FAPTA[**]

OBJECTIVES: To examine the effect of exercise on depressive symptoms and the effect of baseline depressive symptoms on the benefits from exercise in stroke survivors who have completed acute rehabilitation.

DESIGN: Planned secondary analysis of the data from a 9-month randomized, controlled trial.

SETTING: Participant homes.

PARTICIPANTS: One hundred stroke survivors who had completed acute rehabilitation.

INTERVENTION: A progressive, structured, 3-month physical exercise program.

MEASUREMENTS: Demographics, stroke characteristics, impairments, functional limitations, the Geriatric Depression Scale, the Stroke Impact Scale, and the Medical Outcomes Study 36-Item Short Form.

RESULTS: Baseline rates of depressive symptoms and other stroke sequelae were similar between the two arms. Ninety-three participants were assessed immediately after the intervention (3 months after enrollment), and 80 were assessed 9 months after enrollment. Six (14%) of the exercise group and 16 (35.6%) of the usual-care group had depressive symptoms at 3 months ($P = .03$). At 9 months, three (7.5%) of the exercisers had significant depressive symptoms compared with 10 (25%) who received usual care ($P = .07$). Participants with and without baseline depressive symptoms had equivalent treatment-related gains in impairments and functional limitations, but only participants with depressive symptoms had improved quality of life.

CONCLUSION: Exercise may help reduce poststroke depressive symptoms. Depressive symptoms do not limit gains in physical function due to exercise. Exercise may contribute to improved quality of life in those with poststroke depressive symptoms. **J Am Geriatr Soc 54:240–247, 2006.**

Key words: depressive symptoms; stroke; quality of life; exercise

Long term effect of AchI treatment on depressive symptoms in Alzheimer's patients

(L. Rozzini et al, Aging 2006)

Depression Outcome in Inpatients With Congestive Heart Failure

Harold G. Koenig, MD

Background: High rates of depression are found among hospitalized patients with congestive heart failure. Little is known about the outcome of depression in these patients or factors that influence that outcome.

Conclusions: The outcome of minor depression may be more dependent on physical stressors, whereas major depression seems more affected by intrinsic vulnerability. Many patients with major depression were not treated, and few had psychiatric consultations.

Arch Intern Med. 2006;166:991-996

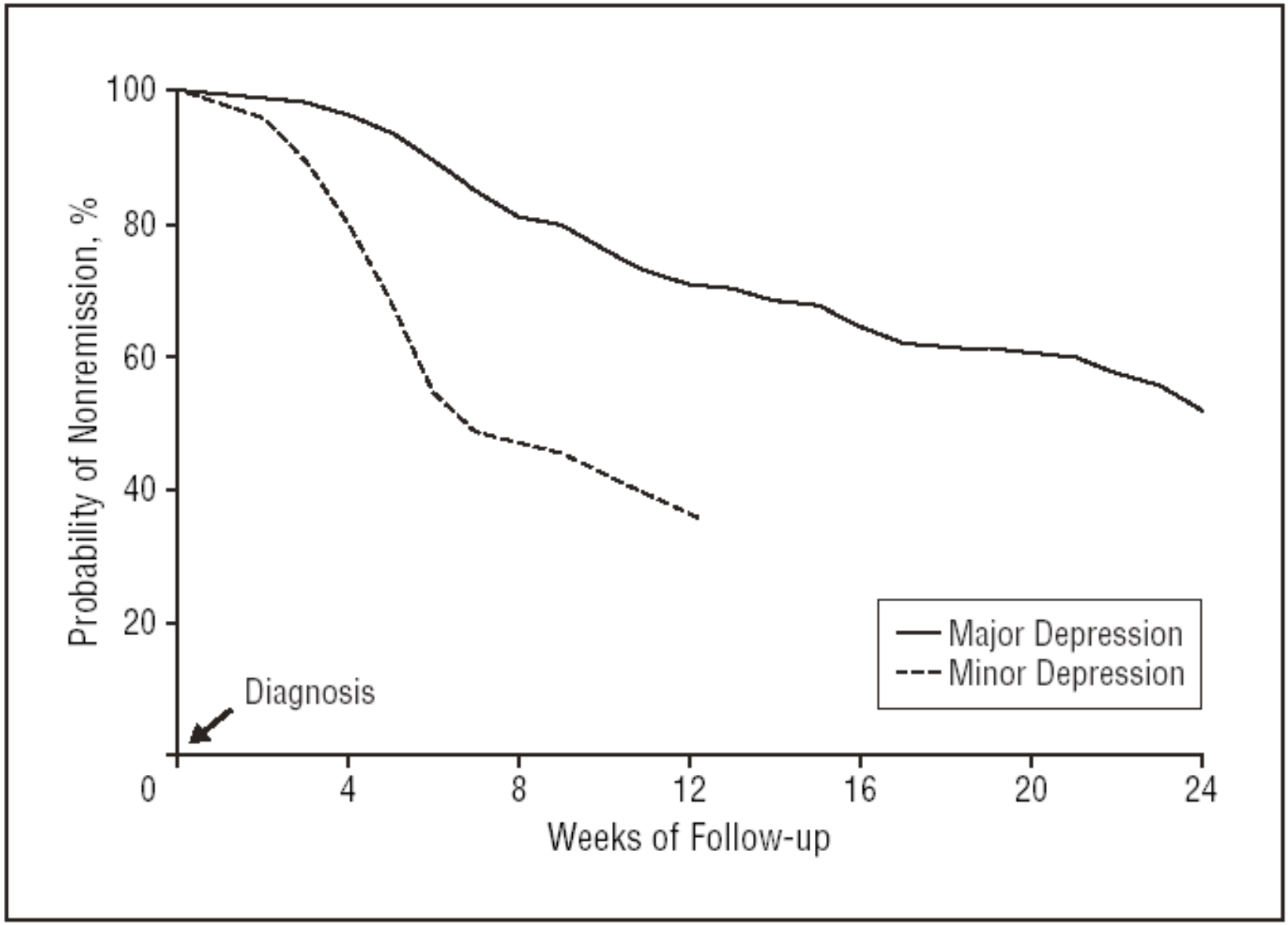


Figure. Course of major and minor depression in hospital patients with congestive heart failure.

Arch Intern Med. 2006;166:991-996

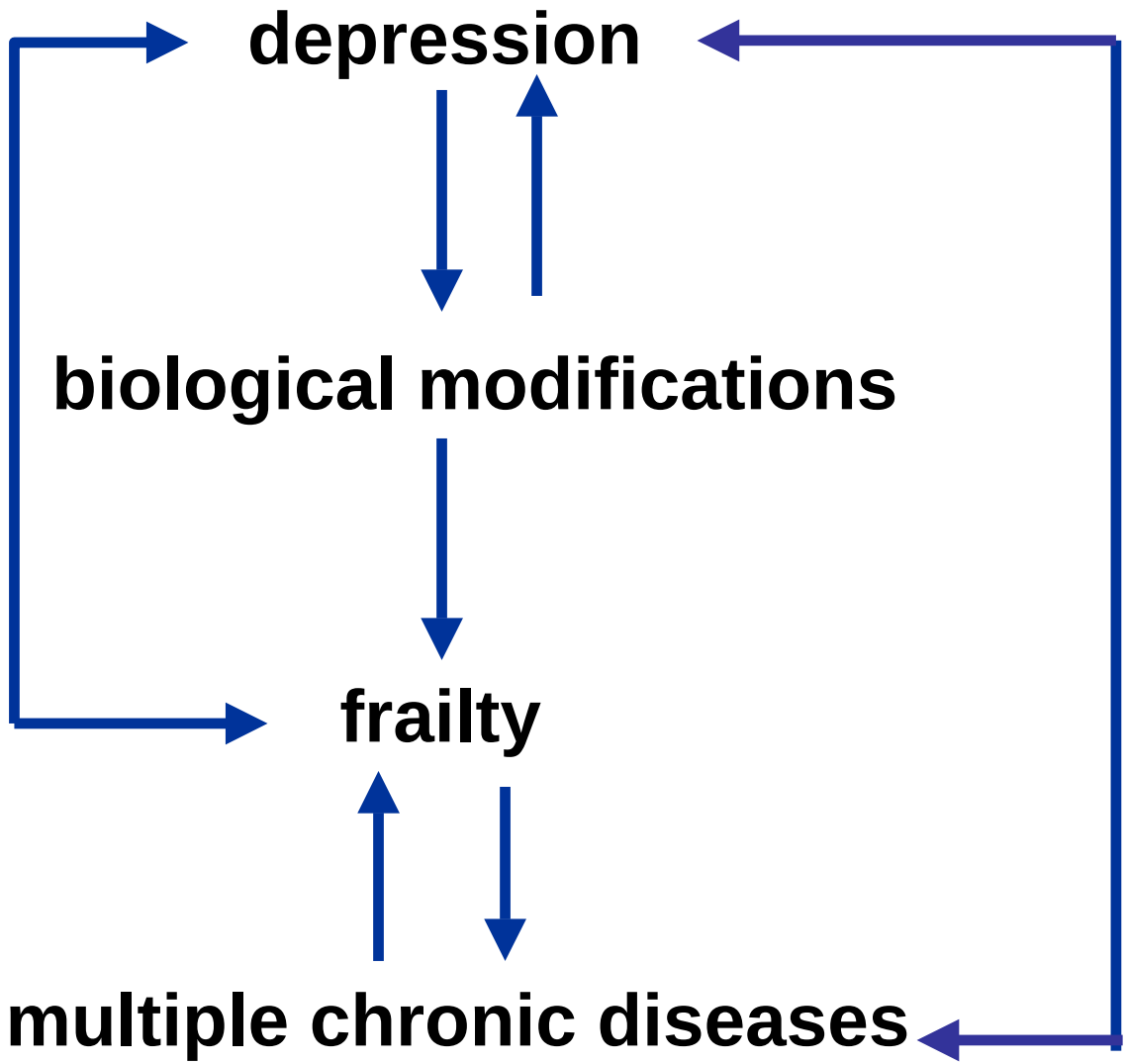
CLINICAL IMPLICATIONS

Are depressive symptoms during hospitalization a temporary adjustment reaction that can be ignored, or do they indicate a persistent depression that needs treatment? In this study, severity of CHF had little impact on the course of either minor or major depression. Treating the CHF alone, then, is unlikely to result in depression improvements. Rather, focus should be on the type of depression present. Clinicians should be aware that minor depression is related more to the patient's current medical condition and will resolve soon after discharge in two thirds of cases (especially in those of younger age with milder symptoms and few comorbid illnesses). Waiting until the patient returns for follow-up to see if depression persists is reasonable. For those with major depression, whose depression may be driven more by an inherent vulnerability and less likely to resolve soon after hospital discharge, consideration should be given to treatment (especially if symptoms are severe, there is a history of depression, and the patient is female or older). If patients are already receiving treatment and symptoms remain severe, then immediate psychiatric consultation is indicated.

Arch Intern Med. 2006;166:991-996

Depression as comorbidity → **major depression (drugs)**

Depression as marker of frailty → **minor depression (no drugs)**


depression
biological modifications
frailty
multiple chronic diseases

Il farmaco anche come strumento relazionale, evitando, però banali psicologismi.

L’ospedale offre anche il trauma,
mite e stranamente gratificante,
di un’improvvisa stabilità,
del trasferimento dall’ambiente
troppo famigliare di casa,
dove tutto è angoscia e conflitto,
ad una sorta di carcere ordinato
e benigno dove il tuo solo dovere
è cercare di stare bene.

(W. Styron, Un’oscurità trasparente, Mondadori 1999)

The Contribution of Demoralization to End of Life Decisionmaking

Some psychiatrists believe that "demoralization syndrome" is a diagnosable cognitive disorder characterized in its extreme form by morbid existential distress. If they are right, then it should be an important part of our thinking about end of life decisionmaking. A demoralized patient would be unable to think reliably about the remainder of his life, and therefore incompetent to decide to commit physician-assisted suicide.

(Kissane DW, Hastings Center Report 34:21-31, 2004)

Quando la bile nera è fredda, il melanconico diventa "torbido, indolente ed ottuso". All'improvviso, perde la facoltà di vedere. Come se qualcuno avesse spento un interruttore gigantesco, la luce lascia il mondo visibile. Qualsiasi cosa il malinconico guardi, è fissa, livida e spettrale: vuota come il guscio di una conchiglia o una casa bruciata dall'interno. Il mondo è opaco, immobile, silenzioso: sembra che nessuno vi si sia mai mosso, o abbia cercato di ridere. La vita si è arrestata. Il cielo soffoca come la pietra di un sepolcro. Allora il melanconico perde ogni desiderio di vivere. Ogni scintilla si spegne nella sua anima. Tutto ciò che attrae gli altri non lo attrae: tutto ciò che amano gli altri lo infastidisce; la primavera lo annoia come l'autunno, l'inverno e l'estate sono identici davanti ai tuoi occhi.

(Citati P, 2005, continua…)

Sebbene esecri la propria casa, il melanconico vi resta rinchiuso come un prigioniero. Sta seduto in poltrona, senza fare niente, senza pensare ad altro che alla propria interminabile malattia. Ogni istante conosce il morso della noia. Quando la noia si lacera, egli è preda di sospetti, di paure, di terrori senza nome e significato: il suo nemico lo assale da tutte le parti: l'assedio non ha soste; e lui scoppia in lacrime, tanto il nemico -lui stesso- sembra prossimo alla vittoria. Ogni mattina, davanti allo specchio, vorrebbe tagliarsi la gola: se resiste, è soltanto perché sa che dopo la morte entrerà in un universo ancora più squallido. Non si ama, e pensa che tutti gli altri lo sospettino, lo detestino e gli preparino agguati.

(Citati P, 2005)

Di fronte allo scarso interesse di molti, anche all'interno della cultura medica, per i problemi posti dal dolore dell'anima degli anziani, nell'ultima Assemblea mondiale dell'Onu sui problemi dell'invecchiamento (2005) tra le principali malattie è stata indicata la depressione, al fine di ridurne l'impatto sulla qualità della vita e sull'autosufficienza: "Un maggior supporto alla ricerca sulla diagnosi e il trattamento della depressione, soprattutto nelle persone con una coesistente malattia somatica, rappresenta un investimento importante per prevenire e ridurre la disabilità, la morbilità ed i costi sociali ed economici associati con le diverse malattie dell'anziano".

La grandezza dell’uomo sta anche nelle sue ferite, che la medicina cerca di lenire. Quest’ ultima trova la propria nobiltà nell’impegno in una battaglia che sa di non poter mai vincere completamente.

… e quindi uscimmo a riveder le stelle