

Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo



Lucio Bizzini, Vera Bizzini
e Christine Favre

CURARE LA DEPRESSIONE NEGLI ANZIANI

Manuale di terapia cognitiva
di gruppo

Presentazione di
Francesco Aquilar

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

**Strumenti per il lavoro
psico-sociale ed educativo**

Lucio Bizzini, Vera Bizzini
e Christine Favre

**CURARE LA DEPRESSIONE
NEGLI ANZIANI**

Manuale di terapia cognitiva
di gruppo

Presentazione di
Francesco Aquilar

FrancoAngeli

Traduzione di Monica Rossi

*In copertina: Vincent van Gogh, Campo di grano con volo di corvi,
Amsterdam, Rijksmuseum Vincent van Gogh*

Copyright © 2009 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni specificate sul sito www.francoangeli.it

Indice

Prefazione , di <i>Francesco Aquilar</i>	pag. 7
Bibliografia	» 11

Parte teorica

1. Depressione, età e terapia	» 15
1. Depressione ed età	» 15
2. Modelli dell'invecchiamento e della vecchiaia	» 18
3. Terapie psicologiche della depressione	» 20
4. La psicoterapia cognitiva (TC)	» 22
5. Come adattare le strategie psicoterapeutiche alla persona anziana?	» 23
2. Il decentramento	» 35
1. Che cos'è il decentramento?	» 35
2. Quali sono le strategie di decentramento?	» 36
3. Lo stile terapeutico della CTDS	» 41
1. Il lavoro individuale in gruppo	» 41
2. Collaborativo e pedagogico	» 41
3. Metacognitivo ed esperienziale	» 42
4. Il linguaggio comune e le metafore	» 43
4. La valutazione	» 45
1. Indicazioni alla terapia cognitiva	» 45
2. Misura del cambiamento	» 46

Parte clinica

1. Il trattamento CTDS	pag. 49
1. Gli obiettivi	» 49
2. Il setting	» 49
3. Lo svolgimento dell'intervento	» 49
4. L'agenda delle sedute	» 50
2. Presentazione del manuale CTDS	» 53
Seduta 1	» 54
Seduta 2	» 59
Seduta 3	» 62
Seduta 4	» 66
Seduta 5	» 71
Sedute 6 e 7	» 75
Seduta 8	» 82
Seduta 9	» 85
Seduta 10	» 88
Seduta 11	» 91
Sedute 12 e 13	» 94
Seduta 14	» 100
Seduta 15	» 105
Seduta 16	» 108
Colloqui individuali e post-valutazioni	» 110
Conclusioni	» 111
Bibliografia	» 115
Gli autori	» 121

Prefazione

di *Francesco Aquilar**

Il tema dell'aiuto e dell'intervento psicoterapeutico rispetto alla depressione dell'anziano appare particolarmente importante, specie in un momento storico nel quale gli ultrasessantacinquenni in Italia rappresentano circa il 18% della popolazione, con una tendenza che spinge a ritenere che in pochi anni essi raggiungeranno circa un terzo della popolazione generale (Cesa-Bianchi e Cristini, 2009).

La rilevanza clinica e sociale dell'argomento richiede particolare attenzione, per gli effetti e le ricadute che si sviluppano non soltanto sulle persone anziane, ma anche sulle famiglie che se ne prendono cura. La ristrutturazione delle forme familiari attualmente in corso nella società occidentale obbliga a cercare, e trovare, soluzioni creative al problema della salute e dell'efficienza non solo fisica ma anche mentale degli anziani, e al mantenimento di un rapporto emotivamente significativo tra gli anziani e le loro famiglie (Aquilar, 1996).

Il contenimento dei fattori depressivi rappresenta, in questa ottica, un punto fondamentale nel mantenimento delle abilità cognitive, emotive e relazionali delle persone anziane, e nel prolungamento di una loro significativa "presenza", tale da consentire costanti e proficue negoziazioni interpersonali (Aquilar e Galluccio, 2008) tra l'anziano, la sua famiglia e la società.

Sono pertanto particolarmente orgoglioso di presentare al lettore italiano questa nuova edizione aggiornata e ampliata di *Comment soigner la dépression gériatrique?*, che già al suo primo affacciarsi in libreria a Ginevra nel 1999 aveva colpito l'attenzione degli specialisti per la sua precisione concettuale e semplicità operativa.

Il programma di psicoterapia cognitiva di gruppo proposto in questo

* Presidente dell'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva e Sociale (AIPCOS), Napoli.

volume dagli autori, Lucio Bizzini, Vera Bizzini e Christine Favre, rappresenta, nel curare la depressione dell'anziano, una risorsa innovativa e necessaria, da inserire – direi *obbligatoriamente* – nel percorso sanitario integrato del recupero di una vitalità mentale ed emotiva che duri quanto più a lungo possibile.

Alcuni elementi del volume meritano una notazione specifica:

1. la premessa è una considerazione conosciutissima dai familiari degli anziani attenti al loro benessere: la depressione geriatrica è tendenzialmente sottovalutata, subdiagnosticata e di conseguenza insufficientemente curata;
2. per curare la depressione nell'anziano gli autori propongono un efficace metodo di trattamento cognitivo che si caratterizza per essere concreto, rapido e a tempo limitato: soltanto 16 sedute, da svolgersi in circa tre mesi (cfr. anche: Costantini, 2000; MacKenzie, 2002; Di Berardino, 2008);
3. il gruppo proposto è piccolo: 3-5 persone, in modo da favorire un recupero emotivo e la costruzione di un clima efficacemente comunicativo (cfr. Yalom, 2007);
4. nel volume si presenta il modello di intervento nel dettaglio, con un percorso seduta-per-seduta precisamente articolato, manualizzato e utilizzabile anche da parte dei giovani colleghi psicoterapeuti che volessero cimentarsi, opportunamente supervisionati, nell'applicazione del trattamento (cfr. Holmes, 2004; Aquilar, 2005);
5. si predispose, di conseguenza, la possibilità di utilizzare questo strumento psicoterapeutico su larga scala: non solo negli studi professionali ma anche e soprattutto nelle strutture pubbliche e private di assistenza agli anziani. La conseguenza sociale di questo punto appare straordinariamente feconda. Numerose scuole di specializzazione in psicoterapia a orientamento cognitivista, in questo momento storico in Italia, forniscono un ampio numero di psicoterapeuti giovani, ben formati e adeguatamente motivati, che potrebbero svolgere un ruolo professionale e sociale determinante applicando il modello proposto dagli Autori a un ampio numero di soggetti, a costi limitati per gli individui e/o per la comunità sociale (Aquilar e Ascolese, 2008).

Il modello della psicoterapia di gruppo, specie di area cognitivista e a tempo limitato (Costantini, 2000; Di Berardino, 2008), presenta il vantaggio di una possibile applicazione estensiva, con un'ottimizzazione del rapporto costi-benefici; esso si sviluppa, nella modalità presentata in questo

volume, mantenendo costantemente desta l'attenzione dei partecipanti su due punti: lo sviluppo (e il recupero) delle loro funzioni psichiche e il mantenimento-potenziamento degli aspetti emotivi, relazionali, comunicativi e di significato delle loro vite.

Ma c'è un aspetto particolarmente rilevante che caratterizza *Curare la depressione negli anziani*: la maggioranza dei volumi presenti in letteratura sull'argomento non mettono il professionista che li studia in grado di operare concretamente nell'ambito del loro programma: si rimanda implicitamente a corsi di formazione, o alla comprensione incerta indiretta, da parte del fruitore, del "come" operativamente si gestisce il programma. Una caratteristica rara di questo volume è, invece, la replicabilità del trattamento da parte dello specialista che lo legge, grazie alla guida passo passo nella sua realizzazione predisposta dagli Autori.

La modalità principale utilizzata da Lucio Bizzini, Vera Bizzini e Christine Favre per il trattamento psicoterapeutico della depressione dell'anziano è, oltre la ristrutturazione cognitiva classica elegantemente aggiornata, la strategia metacognitiva del decentramento (cfr. anche: Dimaggio, Semerari, Carcione, Nicolò e Procacci, 2007), insieme allo sviluppo di una specifica attenzione sul qui-e-ora nella versione documentatamente efficace proposta attualmente dagli studiosi di area *mindfulness* (cfr. Segal, Williams e Teasdale, 2006). Decentramento e attenzione al qui-e-ora particolarmente collegati a un recupero del significato delle emozioni come strumento di informazione sul proprio stato interno, sul livello di funzionalità delle relazioni importanti e anche come indicatore di preparazione ad azioni utili e interessanti (Aquilar, 2000). Il programma è specificamente costruito per persone dai 60 agli 80 anni, e presenta numerose implicazioni collegate alla visione di sé, del mondo, e del futuro che ristrutturano relazioni e significati in un modo concreto, con compiti a casa che i partecipanti possono svolgere agevolmente e con successo, così da ristrutturare indirettamente anche il senso del tempo (Baldini, 2004). Il metodo proposto mi sembra così interessante che in prospettiva si potrebbe immaginare una possibile estensione del programma anche alle persone dai 50 ai 60 anni, come strategia di prevenzione della depressione dell'età successiva (Aquilar, 2006).

Le questioni filosofiche e relazionali collegate al procedere dell'età sono state oggetto da sempre di riflessioni e di proposte, ma l'allungamento della vita ha indotto gli studiosi attuali dell'argomento a ridefinirle rispetto ai nuovi sviluppi dell'età "anziana", e a renderle più operative che in passato (Cesa-Bianchi e Cristini, 2009; Grün, 2009). In questo processo di "aggiornamento" della concettualizzazione dell'essere anziani, la semplifi-

cazione delle operazioni mentali proposta dagli Autori consente alle persone sottoposte al programma di trattamento cognitivo un più rapido recupero funzionale e un ribaltamento delle tematiche depressive in utilità funzionale (Keizer, Morand, Bizzini, Bertschy e Ammann, 2008). Lucio Bizzini, Vera Bizzini e Christine Favre conducono per mano l'anziano depresso a recuperare un senso di sé smarrito e disorganizzato, e a ristabilire relazioni funzionali con gli altri significativi, consentendo ai partecipanti di imparare a mettersi al posto dell'altro senza dimenticare se stessi, con un rispetto creativo verso la storia di ciascuno (Bizzini e Bizzini, 1999), e con una competenza che include e rivitalizza anche metafore e sogni (Pezzati, Bizzini, Moser e Myers-Arrazola, 2004). La psicoterapia cognitiva di gruppo proposta dagli Autori, quindi, svolge anche il ruolo di *trigger* di una reazione emotiva e relazionale possente di recupero di sé, anche se attraverso una modalità cooperativa e tranquilla, pacata, morbida, coinvolgente e motivante. Con un effetto che va ben al di là, nel tempo, delle 16 sedute necessarie per svolgerla compiutamente.

Raccomando pertanto la lettura del volume agli psicoterapeuti interessati alla psicoterapia cognitiva, al benessere degli anziani, al recupero dalla depressione, alla psicoterapia di gruppo e alle funzioni sociali che la psicoterapia può svolgere. Gli studenti di psicoterapia, di psicologia e di medicina potranno, grazie a questo libro, familiarizzarsi con un approccio efficace rispetto al suo obiettivo, e prepararsi a poter condurre e/o suggerire con competenza un modello come quello descritto, alla fine del loro percorso di formazione. Psicologi, psichiatri, medici di famiglia e geriatri potranno trovare nel volume numerosi spunti e idee per comunicare meglio con il mondo emotivo dell'anziano depresso, per contribuire a migliorare il clima emotivo delle sue relazioni principali, e anche per favorirne una rin vigorita elasticità e produttività.

Curare la depressione negli anziani può rappresentare inoltre una preziosa lettura per le persone *over 60* che sono in psicoterapia individuale per motivi diversi dalla depressione geriatrica, come risorsa integrativa concettuale, utile in quella fase del ciclo di vita. Infine, ne consiglio la lettura anche ai familiari degli anziani interessati al loro benessere: non solo per proporre ai loro cari di partecipare, in caso di bisogno, al programma terapeutico, ma anche per essere più consapevoli delle risorse e delle difficoltà rispetto alle quali le persone anziane devono cimentarsi.

Tutti diventeremo anziani, prima o poi, e la somma di esperienze che avremo accumulato potrà essere più proficua e piacevole se saremo protetti dalla depressione geriatrica e se sapremo mantenere un decentramento e un'attivazione adeguati. Le indicazioni e gli esercizi proposti da Lucio Biz-

zini, Vera Bizzini e Christine Favre saranno preziosi, quindi, anche per ciascuno di noi.

Bibliografia

- Aquilar F. (a cura di) (1996), *La coppia in crescita*, Cittadella, Assisi.
- Aquilar F. (2000), *Riconoscere le emozioni*, FrancoAngeli, Milano.
- Aquilar F. (2005), “Psicoterapia cognitiva modulare dei disturbi alimentari resistenti al cambiamento”, in Aquilar F., Del Castello E., Esposito R. (a cura di), *Psicoterapia dell’anoressia e della bulimia*, FrancoAngeli, Milano.
- Aquilar F. (2006), *Le donne dalla A alla Z*, FrancoAngeli, Milano.
- Aquilar F., Ascolese R. (2008), “Social Cognitive Psychotherapy, Attachment-Based Approach and Modification Of Society: Historical Features, Current Applications and Future Directions”, Paper presented at the *6th International Congress of Cognitive Psychotherapy*, Rome; “Abstract”, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol. 14, n. 2, p. 15.
- Aquilar F., Galluccio M. (2008), *Psychological Processes in International Negotiations. Theoretical and Practical Perspectives*, Springer, New York.
- Baldini F. (2004), *Homework: un’antologia di prescrizioni terapeutiche*, McGraw-Hill, Milano.
- Bizzini L., Bizzini V. (1999), “Raccogliere la storia del paziente anziano”, in Veglia F. (a cura di), *Storie di vita*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Cesa-Bianchi M., Cristini C. (2009), *Vecchio sarà lei! Muoversi, pensare, camminare*, Guida, Napoli.
- Costantini A. (2000), *Psicoterapia di gruppo a tempo limitato*, McGraw-Hill, Milano.
- Di Berardino C. (a cura di) (2008), *L’approccio integrato nella psicoterapia cognitiva di gruppo*, FrancoAngeli, Milano.
- Dimaggio G., Semerari A., Carcione A., Nicolò G., Procacci M. (2007), *Psychotherapy of Personality Disorders*, Routledge, Hove.
- Grün A. (2009), *La grande arte di invecchiare*, San Paolo, Milano.
- Holmes J. (2004), *Psicoterapia per una base sicura*, Cortina, Milano.
- Keizer I., Morand D., Bizzini L., Bertschy G., Ammann J. (2008), “An Inpatient Group Treatment Program for Depressed Patients Based on Activation Strategies”, Paper presented at the *6th International Congress of Cognitive Psychotherapy*, Rome; “Abstract”, *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, vol. 14, n. 2, p. 157.
- MacKenzie H. R. (2002), *Psicoterapia breve di gruppo. Applicazioni efficaci “a tempo limitato”*, Erickson, Trento.
- Pezzati R., Bizzini L., Moser F., Myers-Arrazola L. (2004), “L’uso del materiale onirico nella psicoterapia cognitiva dell’anziano”, in Rezzonico G., Liccione D. (a cura di), *Sogni e psicoterapia. L’uso del materiale onirico in psicoterapia cognitiva*, Bollati Boringhieri, Torino.

Segal Z. V., Williams J. M. G., Teasdale J. D. (2006), *Mindfulness. Al di là del pensiero, attraverso il pensiero*, Bollati Boringhieri, Torino.

Yalom I. D. (1997), *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, IV ed., Bollati Boringhieri, Torino.

Parte teorica

1. Depressione, età e terapia

1. Depressione ed età

La depressione nell'anziano è stata, nel passato, ampiamente sottovalutata, subdiagnosticata, addirittura insufficientemente curata. Tuttavia, come lo ricordano Smith *et al.* (2007), che sia diagnosticata come maggiore o minore, la depressione rappresenta il problema psicologico più importante per gli anziani statunitensi (Murrell, Himmelfarb e Wright, 1983) o britannici (Osborn *et al.*, 2002; Rothera, Jones e Gordon, 2002).

Attualmente, nonostante un'aumentata sensibilità a tale problema, sussiste una concreta difficoltà nell'individuazione della depressione nella persona anziana che può essere dovuta a molteplici cause.

Da una parte, in ambito clinico, si continua a interpretare determinati sintomi della depressione (per esempio i disturbi del sonno, i problemi di concentrazione o di memoria o ancora l'insoddisfazione della vita stessa) come fossero una conseguenza "normale" della vecchiaia.

D'altra parte, la persona anziana stessa non si lamenta, se non raramente, di essere depressa ("è normale che mi senta così, sono vecchio"), mentre si lamenterà piuttosto di malattie somatiche o di perdite di memoria.

La depressione nell'anziano è spesso ignorata dagli specialisti e negata dalle persone anziane stesse, i sintomi sono erroneamente identificati o male interpretati al punto che essa non viene curata, o lo è in maniera inappropriata. Frémont (2004) ricorda che la difficoltà nel diagnosticare la depressione non è relativa a una specificità della depressione geriatrica, ma è dovuta all'attitudine del medico curante che vede l'età come un fattore rilevante nell'umore del paziente. Insomma, l'idea che essere vecchi significa forzatamente essere tristi è ancora presente e rivela una delle espressioni dell'"agismo" (termine proposto da Butler nel 1979 per descrivere ogni discriminazione all'incontro delle persone anziane).

Blanchard *et al.* (1994) indicano che l'incidenza annuale della depres-

sione geriatrica è del 30,8%, mentre la prevalenza nella popolazione generale è del 10-15% con un tasso di depressione maggiore del 2-3%. In medicina generale, la prevalenza dei sintomi depressivi nella persona anziana risulta essere, a seconda degli studi, dal 13 al 40%.

Per ciò che riguarda la popolazione anziana ricoverata in ospedale, la depressione si riscontra, a seconda degli studi, dal 10 al 45% dei casi. Da notare che i pazienti che soffrono di cancro sono depressi nel 50% dei casi (Spiegel, 1996), ciò che sottolinea la gravità delle patologie somatiche e degli handicap che si incontrano nei reparti geriatrici. Knäuper e Wittchen (1994) considerano due fattori che diminuiscono la percentuale della depressione nella persona anziana: da una parte, la malattia somatica che tende a “nascondere” la diagnosi di depressione e dall’altra le condizioni di alloggio (il 40% delle persone che si trovano in un istituto presentano sintomi depressivi, il 20% hanno i criteri di un episodio depressivo maggiore). Potrebbe darsi che questa differenza sia dovuta al fatto che le persone anziane che hanno dovuto abbandonare il loro alloggio sono quelle più vulnerabili alla depressione.

Per cercare di risolvere il problema della notevole variazione della percentuale riscontrata negli studi epidemiologici, che addirittura passa dal 2-3% al 30%, i clinici hanno proposto di descrivere un tipo di depressione subsindromica, detta anche “disforia legata all’età”, “sindrome amotivazionale” o ancora “depressione minore”, nella quale i sintomi depressivi sono presenti, ma non in una forma che riempia i criteri della depressione maggiore. Le cause descritte della depressione geriatrica sono generalmente biologiche (perdita dei neuroni e dei neurotrasmettitori, predisposizioni genetiche, problemi di salute in generale), psicologiche (scarsa autostima, perdita di capacità relazionali) e sociali (relazioni sociali ridotte, solitudine, povertà). Per quanto riguarda quest’ultimo punto, è risaputo che le donne, vedove o nubili, che abbiano subito eventi di vita stressanti e risentito della perdita del supporto sociale, sono tra i soggetti nei quali si è riscontrato il più elevato tasso di depressione.

Steffen *et al.* (2000) notano che il numero crescente degli anziani e la constatazione che la qualità di vita in età avanzata è fortemente diminuita dalla depressione hanno suscitato nuovi interessi per la valutazione epidemiologica di questa fascia d’età. Lo studio ha interrogato 4.559 soggetti, di età compresa tra i 65 e i 100 anni, sulla presenza di sintomi depressivi e sull’eventuale trattamento degli stessi. La prevalenza della depressione maggiore è del 4,4% nelle donne e del 2,7% negli uomini. La depressione sembra influenzata dall’effetto generazionale: in effetti, si riscontra un tasso più elevato di depressione tra gli uomini nati tra il 1920 e

il 1929 e che avevano tra i 60 e gli 80 anni nel 1991-1992. Si nota, inoltre, un tasso elevato tra gli inattivi (tra i quali gli invalidi), gli impiegati, gli operai, le persone con il livello di studi più basso, i divorziati, separati o viventi soli (soprattutto gli uomini). Tra le persone che soffrivano di depressione, il 35,7% assumeva farmaci antidepressivi e il 27,4% sedativi. La prevalenza era del 20,4% tra le donne e del 9,6% tra gli uomini. Questi dati sono più elevati rispetto ai precedenti, ma si noti che l'uso di antidepressivi, anche se in aumento, sembra ancora al disotto di ciò che dovrebbe essere. Inoltre, nelle case per anziani la prevalenza dei depressi è dell'ordine del 15 al 45%.

Dopo aver esaminato 1.801 pazienti di 60 anni e più, afflitti da depressione o distimia, Hitchcock Noël *et al.* (2004) propongono due tipi di trattamento: per alcuni, un intervento pluridisciplinare effettuato da psichiatri, psicologi e infermieri e che comporta antidepressivi e/o psicoterapia; gli altri erano seguiti dal loro medico curante o dal servizio di salute mentale pubblica. L'83% dei pazienti soffriva di una depressione cronica, il 10,6% aveva subito uno stress, il 21,7% soffriva di crisi di panico, il 35,4% presentava un leggero deficit cognitivo. Numerose comorbidità erano segnalate (pneumopatia cronica, ipertensione arteriale, diabete, varie patologie somatiche, deficit sensoriali). La severità della depressione era la sola variabile medica o psichica associata significativamente a 4 criteri: qualità di vita, funzionamento mentale, grado d'incapacità, condizione fisica. Se la depressione si aggravava, questi criteri si deterioravano. Da notare che il 45% dei pazienti che avevano beneficiato dell'intervento multidisciplinare durante 12 mesi mostrava una regressione dei sintomi del 50% o più, in confronto al 19% dei pazienti seguiti più tradizionalmente.

È parimenti importante segnalare che il tasso di suicidio di questa popolazione è più elevato rispetto ai giovani depressi. Ancora una volta il tasso differisce a seconda degli studi, ma è inquietante constatare che, secondo alcune indagini condotte nei Paesi industrializzati, le percentuali sono molto elevate. Per esempio, negli Stati Uniti il 25% dei suicidi riguarda le persone anziane, le quali rappresentano il 13% della popolazione. Il tasso di suicidio è tre volte superiore a quello del resto della popolazione (negli USA il tasso di suicidio nella popolazione globale è di 12 su 100.000: per le persone che superano i 75 anni è di 36 su 100.000). Si noti che il 75% degli anziani che hanno commesso suicidio, hanno consultato il loro medico curante nel corso del mese precedente, il 35% durante la settimana precedente (Caine *et al.*, 1996). Ciò riguardava, in particolare, uomini per i quali si è potuto constatare che nel

50% dei casi erano dipendenti dall'alcool. Per la maggior parte di queste persone, si trattava di un primo episodio depressivo che era stato subdiagnosticato e non curato.

Lovestone e Howard (1996) constatano che il rischio di suicidio è maggiore negli uomini che nelle donne (tre-quattro uomini per una donna). Questo rischio è aumentato progressivamente, passando dal 7,82% nel 1950 all'8,3% per gli uomini di più di 65 anni nel 1983, dall'1,85% al 2,76% per le donne.

Contrariamente a quello che accade per gli adolescenti, la persona anziana se maschio ha un tasso di riuscita di suicidio di quasi 1/1 e i mezzi più utilizzati sono anche quelli più letali (armi da fuoco, impiccagione). Il tentativo di suicidio è spesso effettuato il mattino e, a questa età, i sintomi depressivi sono predominanti al risveglio. Prima del suicidio la persona anziana spesso mette in ordine i documenti, l'appartamento, organizza la scomparsa in modo da non lasciar trasparire la propria disperazione. Si sa, d'altra parte, che la depressione non è la sola causa del suicidio nell'anziano, spesso la causa è nella solitudine e nella perdita di autonomia.

2. Modelli dell'invecchiamento e della vecchiaia

Il clinico che approccia la persona anziana deve conoscere alcuni dei modelli, teorie o ricerche psicogerontologiche che gli consentano di aumentare la valenza ecologica (adeguatezza, adattamento, pertinenza) del suo intervento. Da queste conoscenze derivano, in particolare, delle strategie che possono aiutare il terapeuta a superare certi pregiudizi e certi specifici scogli che si incontrano lavorando con questa popolazione.

Vediamone qualcuna. Se si considera, in primo luogo, il *modello di trattamento dell'informazione*, molteplici studi hanno dimostrato che si verificano alcuni cambiamenti: così la memoria di lavoro diminuisce con l'età (la memoria di lavoro è definita da Baddeley, 1986, come un sistema che consente il mantenimento temporaneo e la manipolazione dell'informazione mediante il compimento di una serie di manovre cognitive quali la comprensione, l'esperienza e il ragionamento), allo stesso modo diminuiscono le capacità attenzionali e di controllo mentale (Jacoby, 1991), e si rileva un rallentamento nella capacità di elaborare l'informazione (Salthouse, 1985). In compenso, la capacità di apprendimento si mantiene con l'avanzare dell'età, ma alcuni lavori diventano complicati se comportano un problema di velocità. Si assiste, inoltre, a una diminuzione della memoria episodica che riguarda, secondo Craik (1977), gli avveni-

menti direttamente collegati alla vita della persona, datati o recenti, come, per esempio, gli appuntamenti, i nomi ecc. Invece, il ricorso alla memoria autobiografica si amplifica (si intende per memoria autobiografica non solo i ricordi del passato, ma anche la loro organizzazione in un insieme che descriva con coerenza il percorso di vita), e si nota un aumento dei comportamenti spontanei di reminiscenza, nei quali la persona anziana si ricorda di momenti particolarmente significativi della sua vita, specialmente di quelle di giovane adulto.

In secondo luogo, possiamo far riferimento all'*approccio psicosociologico*, che descrive la persona anziana come facente parte di una sottocultura (costituente un gruppo ben definito della società) e che pone l'accento sull'importanza dell'effetto generazionale (per esempio, tenendo conto della scarsa cultura psicoterapeutica delle persone anziane d'oggi, o ancora, ponendo l'accento sull'importanza della religiosità; Schaie, 1994). In questo contesto, gli studi sui percorsi di vita tentano di spiegare la transizione dalla vita attiva all'età della pensione attraverso tre teorie: quella del *disimpegno* (è inevitabile, salutare e universale per la persona anziana, adeguarsi al modello dell'età pensionabile e della preparazione alla morte e lasciarsi coinvolgere in nuove relazioni con più distacco), quella dell'*attività* (la vecchiaia è ben riuscita nella misura in cui si conservano o si sostituiscono attività o ruoli) e quella della *continuità* (la ricerca di un equilibrio si caratterizza per i cambiamenti che sono funzione delle capacità di adattamento della persona anziana). Queste teorie, elaborate negli anni Cinquanta e Sessanta, quantunque eccessivamente esemplificative, costituiscono, tuttora, degli elementi da conoscere allorché si affrontano le problematiche relative all'invecchiamento.

Una terza fonte di informazioni proviene dagli *studi sullo sviluppo*. Queste suggeriscono l'esistenza di uno stadio post-formativo che rende meglio l'idea della complessità della vita sociale e intellettuale dell'adulto con questa dimensione di maturità e delle caratteristiche che vi sono connesse quali l'integrità morale, la responsabilità sociale, l'autonomia individuale (Labouvie-Vief, 1992). Ne deriva un punto di vista che diviene, con il passare del tempo, più relativo, più dialettico, che integra cognizione e affetto, soggettività e oggettività, un pensiero che è definito, da vari autori, attraverso la nozione di saggezza (Sternberg, 1990). Altre ricerche (Dittmann-Kohli e Baltes, 1990) suggeriscono che i tratti della personalità restano stabili, mentre gli aspetti-chiave dell'io, come gli obiettivi, i valori, le cognizioni di controllo, gli stili di *coping* mutano più facilmente, a seconda degli eventi della vita e, soprattutto, delle generazioni. Thomae (1980) dimostra l'influenza determinante della percezione del bisogno di cambiare.