



Laboratorio di Scienze Cognitive Comportamentali

**Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo Comportamentale
Sede di Palermo**

**La terapia cognitivo-comportamentale con l'anziano
depresso: il ruolo degli interventi basati sulla *mindfulness*
nella depressione nella terza età**

Una revisione della letteratura

Allieva
Serena Ingargiola

ANNO ACCADEMICO 2023-2024

INDICE

Riassunto	3
1. Introduzione.....	4
2. Metodo.....	8
3. Risultati e discussione	8
4. Conclusioni.....	12
Bibliografia.....	14

Abstract: Questo lavoro si propone di esaminare lo stato dell'arte della psicoterapia cognitivo-comportamentale applicata alla depressione dell'anziano, puntando l'attenzione sulla letteratura finora pubblicata riguardo agli interventi basati sulla *mindfulness* in questa fascia d'età. La letteratura è generalmente concorde nel dare ampi riconoscimenti di efficacia alla terapia cognitivo-comportamentale, sia nella forma individuale che di gruppo, nella cura della depressione della terza età. Nonostante il crescente interesse negli ultimi 20 anni, soltanto di recente la ricerca si è dedicata allo studio della *mindfulness* negli anziani. Essa è ormai largamente usata per migliorare l'impatto sulla qualità di vita di numerose condizioni fisiche e mentali in età adulta. Gli studi analizzati, che si avvalgono di programmi di intervento come la MBCT e la MBSR, evidenziano che gli interventi basati sulla *mindfulness* sono associati ad un significativa riduzione della solitudine, della depressione, dello stress, dei disturbi del sonno, e ad un significativo miglioramento generale dell'umore, dell'autostima e delle competenze sociali grazie al lavoro in gruppo. La scarsità della letteratura in merito e la presenza di alcuni limiti intrinseci agli studi sottolineano l'importanza di continuare la ricerca su questo tema, in considerazione del *trend* demografico globale.

Key words: depressione, anziani, terapia cognitivo-comportamentale, *mindfulness*, MBCT, MBSR.

1. Introduzione

Negli ultimi decenni il tema dell'invecchiamento ha suscitato un notevole interesse nel dibattito scientifico e culturale, in seguito al progressivo aumento demografico della popolazione anziana nella maggior parte dei paesi industrializzati. Tale fenomeno è una conseguenza, da una parte, del calo considerevole delle nascite, dall'altra, del benessere e dei progressi in ambito sanitario: attualmente, la speranza di vita supera gli 80 anni per le donne e si aggira intorno a questo valore per gli uomini (Eurostat, 2012)¹. Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS; 2012)², in tutto il mondo, entro il 2050 il numero degli adulti di età pari o superiore ai 65 anni supererà quello dei bambini al di sotto dei 14 anni. Si tratta di una tendenza demografica globale, che, tuttavia, caratterizza in modo particolarmente accentuato il nostro paese. Si stima che, entro il 2065, l'età media della popolazione italiana passerà dagli attuali 44,7 anni a oltre 50 anni: tra il 2045 e il 2050 la quota di ultrasessantacinquenni sarà vicina al 34% del totale (ISTAT, 2016)³.

L'invecchiamento della popolazione pone numerose sfide, la cui gestione non può essere rimandata, per gli effetti potenzialmente drammatici sull'organizzazione sociale, economica e politica: si pensi, a titolo di esempio, all'impennata della spesa pubblica e sanitaria, in seguito all'aumento delle patologie legate alla terza e alla quarta età (malattie cronico-degenerative); all'impatto oneroso sul sistema pensionistico; alla minore partecipazione delle classi più giovani al mercato del lavoro, come conseguenza dell'innalzamento dell'età minima di pensionamento; all'aumento del numero di anziani che vivono da soli, con i bisogni di cura e di assistenza che ne derivano.

Queste considerazioni di ordine socio-demografico hanno stimolato e accresciuto l'interesse verso la salute mentale dell'anziano e i possibili trattamenti non farmacologici più efficaci per le forme psicopatologiche maggiormente diffuse in questa fascia d'età (ansia e depressione). Per anni una fitta coltre di stereotipi e pregiudizi (già nota con il termine "*ageism*"; Butler, 1969) ha veicolato una visione secondo la quale invecchiare coincide inevitabilmente con un progressivo disimpegno (*process of disengagement*) fisico, psicologico e sociale da ogni forma di attività e di relazione (Cumming & Henry, 1961), rendendo inscindibile il binomio vecchiaia-declino. In quest'ottica, qualunque intervento psicoterapeutico volto a contrastare un processo fisiologico, ritenuto aprioristicamente ineluttabile,

¹Cfr. *Population Structure and Aging*, in <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>.

²Cfr. *Strategia e piano d'azione per l'invecchiamento sano in Europa 2012- 2020*, in <http://www.salute.gov.it>.

³Cfr. *Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065*, in <http://www.istat.it>.

sarebbe inutile e privo di effetti. Secondo questa visione, la depressione in tarda età sarebbe da considerare come parte del processo d'invecchiamento, ma questo dato non trova conferma nella letteratura più recente, che, invece, mette in luce come la depressione sia più frequente tra i giovani adulti piuttosto che tra gli anziani. La prospettiva della psicologia del ciclo di vita mette in discussione l'idea di un'articolazione in fasi ascendenti e di declino, separate da confini rigidi: lo sviluppo individuale è un processo flessibile, ricorsivo e ininterrotto, caratterizzato da continui cambiamenti durante tutta la vita (Baltes, 1968; Baltes, Reese & Lipsett, 1980). In questo modo, l'invecchiamento è visto come una delle tante fasi del ciclo di vita, qualitativamente diversa, non coincidente in modo inevitabile con la solitudine, l'emarginazione, il decadimento psicofisico. Questa nuova visione dell'anzianità non nega l'esistenza di difficoltà, momenti di crisi e bisogni specifici, ma concepisce l'invecchiamento come una fase caratterizzata da perdite e guadagni, da disequilibri e punti di svolta che possono condurre a nuovi equilibri (Rowe & Kahn, 1997; Mosso & Viola, 2014).

L'allungamento dell'aspettativa di vita ha aumentato e aumenterà negli anni a venire la richiesta di cura per la salute mentale nella popolazione anziana. Dal punto di vista epidemiologico, le principali psicopatologie più largamente diffuse fra gli anziani sono quelle caratterizzate da sintomi ansiosi e depressivi, in comorbilità tra loro e/o con malattie organiche (De Martino & Couyoumdjian, 2012). Numerosi sono gli studi che, nel corso degli anni, hanno rilevato i tassi di prevalenza dei disturbi depressivi fra gli anziani. Il DSM-5 (APA, 2014) include all'interno della categoria dei disturbi depressivi le seguenti etichette diagnostiche: disturbo di disregolazione dirompente dell'umore, disturbo depressivo maggiore, disturbo depressivo persistente (distimia), disturbo disforico premestruale, altro disturbo depressivo specificato, disturbo depressivo indotto da sostanze, disturbo depressivo dovuto ad altra condizione medica, disturbo depressivo non specificato. Nell'anziano, rispetto all'adulto, si registra una frequenza più elevata della distimia, che può evolvere in disturbo depressivo maggiore entro i due anni dalla diagnosi (Alexopoulos, 2005; Lee, Stockings, Harris, Doi, Page, Davidson & Barendregt, 2019). Una distinzione fondamentale nella questione dei disturbi mentali in età avanzata è quella tra coloro che hanno già avuto esperienza di una psicopatologia nelle precedenti fasi della vita e coloro che, invece, sperimentano un esordio tardivo, tra i 60 e i 65 anni di età. In quest'ultimo caso si parla di *late-life depression*, che ha una prevalenza del 16% nella popolazione anziana (Kessler, Aguilar-Gaxiola, Alonso, Chatterji, Lee, Ormel & Wang, 2009). Tra gli studiosi esiste un sostanziale accordo sul fatto che la depressione, a seconda che sia ad esordio precoce (*early-onset depression*) o tardivo (*late-onset depression*), presenti caratteristiche e fattori di rischio diversi. Nel caso dei disturbi depressivi a esordio precoce ci sono maggiori probabilità di rintracciare

una precedente storia familiare o la predisposizione di fattori genetici (Brodaty, Luscombe, Parker, Wilhelm, Hickie, Austin & Mitchell, 2001). Nel caso dell'esordio tardivo, invece, la depressione si associa spesso a deterioramento delle funzioni cognitive, ad un aumento del rischio di insorgenza di demenza e di eventi cerebrovascolari (Schweitzer, Tuckwell, O'Brien & Ames, 2002). Secondo l'OMS (WHO, 2012), la depressione in tarda età è attualmente la più significativa causa di disabilità in tutto il mondo, sia perché colpisce notevolmente le funzioni biologiche, psicologiche e sociali della persona, sia perché il tasso di suicidi ad essa correlato è tra i più alti in questa fascia d'età.

Dal punto di vista diagnostico, la depressione degli anziani può rappresentare una difficoltà per gli addetti ai lavori, a causa della co-occorrenza con altre patologie e disabilità legate all'invecchiamento. Questo ha portato alcuni autori a parlare di depressione "atipica", "subsindromica" o "sottosoglia", in riferimento ad una costellazione di segni e sintomi che, pur non essendo sufficienti per numero e gravità a soddisfare i criteri diagnostici noti, esercitano un'influenza significativa sulla qualità della vita (Todarello, Martino, Affatati & Lepore, 2006). Nel confronto con l'adulto, le peculiarità dell'esperienza depressiva dell'anziano riguardano principalmente la presenza di sintomi somatici e cognitivi (prevalenti rispetto all'umore depresso), insonnia, astenia, sentimenti di vuoto e di mancanza di scopo, un maggiore rischio suicidario, nonché la tendenza ad amplificare le reazioni d'ansia, con una conseguente iperattivazione neurovegetativa (Baroni & Getrevis, 2005). Da non trascurare, inoltre, i fattori psicosociali che possono porsi come fattori precipitanti e di mantenimento della sofferenza: il pensionamento, con la conseguente perdita del proprio ruolo sociale e la necessità di riorganizzazione del proprio tempo; i cambiamenti nell'immagine di sé; gli stereotipi sulla vecchiaia; l'abbassamento dell'autostima; l'isolamento e l'emarginazione; i vissuti di perdita; l'istituzionalizzazione (Cesa-Bianchi, 1999).

Attualmente, il trattamento elettivo della depressione in questa fase del ciclo di vita è quello psicofarmacologico, basato sull'uso di antidepressivi che, pur avendo una comprovata efficacia in termini di riduzione dei sintomi e del tasso dei suicidi (Lockwood, Page & Conroy-Hiller, 2004), presentano un corteo di effetti collaterali ai quali i pazienti anziani e fragili sono particolarmente esposti, soprattutto in termini di salute cardiovascolare (Arroll, Elley, Fishman, Goodyear-Smith, Kenealy, Blashki et al., 2009; Seitz, Adunuri, Gill, Gruneir, Herrmann, & Rochon, 2011). Per questo motivo, l'OMS (2011) raccomanda di limitare l'utilizzo di antidepressivi triciclici in pazienti anziani, optando invece per la scelta di farmaci di ultima generazione (gli inibitori selettivi del *reuptake* della serotonina), considerati più tollerabili rispetto alle molecole tradizionali (Bartels, Dums, Oxman, Schneider, Areàn, Alexopoulos, et al., 2002; De Martino & Couyoumdjian, 2012). A partire da queste

premesse, sembra emergere un crescente bisogno di valutare la possibilità di trattamenti alternativi per la depressione anche in età avanzata. La psicoterapia cognitivo-comportamentale, che in letteratura è già nota per la sua efficacia nel trattamento della depressione negli adulti, sembra porsi anche nella popolazione anziana come metodo di cura elettivo, da applicare in associazione ai farmaci o come monoterapia, sia in setting individuale che di gruppo (Bogner, Cahill, Frauenhoffer & Barg, 2009). Alcuni studi hanno osservato che quando la terapia cognitivo comportamentale viene associata alla farmacoterapia, l'effetto ottenuto è più significativo rispetto a quello che si otterrebbe con il solo utilizzo del farmaco (Thompson, Coon, Gallagher-Thompson, Sommer & Koin, 2001). Nonostante ci sia un crescente accordo sulle potenzialità della CBT applicata alla depressione senile, numerose questioni animano il dibattito scientifico attuale. La carenza degli studi pubblicati sinora e la presenza di difficoltà metodologiche oggettive impone, negli anni a venire, di ricercare una migliore comprensione dell'efficacia della CBT nella prevenzione delle ricadute, approfondendo il ruolo di alcuni fattori che agirebbero da mediatori tra benessere psicologico e ricadute stesse (per esempio, la qualità della vita e alcuni processi cognitivi come la ruminazione). Questo consentirà di mettere a punto interventi mirati e specifici, in considerazione delle caratteristiche peculiari che il disturbo depressivo assume all'interno della popolazione anziana.

Tra gli approcci terapeutici attualmente in via di valutazione, quelli basati sulla *mindfulness* hanno fornito dati empirici promettenti. Non esiste una definizione unanimemente condivisa della *mindfulness*. Kabat-Zinn, che ha concepito l'utilizzo clinico di questa pratica meditativa, la definisce come il prestare attenzione al momento presente, intenzionalmente e in modo non giudicante, con un atteggiamento di apertura e accettazione. Questo consente di raggiungere una capacità di riconoscimento degli eventi mentali legati al momento presente, esplorando mente e corpo in modo flessibile, mantenendo l'attenzione sull'esperienza così com'è (pensieri, emozioni, sensazioni fisiche), senza dare valutazioni o giudizi. Nonostante il crescente interesse negli ultimi 20 anni, soltanto di recente la ricerca si è dedicata allo studio della *mindfulness* negli anziani. Essa è ormai largamente usata per migliorare l'impatto sulla qualità di vita di numerose condizioni fisiche e mentali in età adulta. Questi dati empirici hanno spinto alcuni autori a ritenere che gli stessi effetti benefici possano verificarsi anche con i soggetti anziani.

Questo lavoro si propone di esaminare lo stato dell'arte della psicoterapia-cognitivo comportamentale applicata alla depressione dell'anziano, puntando l'attenzione sulla letteratura pubblicata finora sugli interventi basati sulla *mindfulness* in questa fascia d'età. Si intende anche sottolineare l'importanza di continuare la ricerca su questo tema, in considerazione del *trend* demografico globale.

2. Metodo

Questo lavoro si fonda una revisione della letteratura relativa al periodo di tempo compreso tra il 2007 e il 2023, condotta attraverso i seguenti database scientifici: «PubMed», «Google Scholar», «Zenodo», «PsycInfo», «Scopus». Sono state impiegate, come parole chiave, «*older adults depression*» OR «*late-life depression*» AND «*cognitive behavioral therapy*» OR «*CBT*» OR/AND «*mindfulness*» OR «*MBCT*». Sono stati selezionati gli articoli in lingua inglese, prevalentemente *full text*, includendo quelli che prendevano in esame i sintomi depressivi negli anziani (a partire dai 65 anni di età) e che si focalizzavano sui protocolli psicoterapeutici di tipo cognitivo-comportamentale e programmi di intervento basati sulla *mindfulness*. Sono stati esclusi, invece, gli articoli che prendevano in esame esclusivamente tipologie di trattamento non psicoterapiche o di tipo non cognitivo-comportamentale e disturbi diversi dalla depressione in età senile (per esempio l'ansia).

3. Risultati e discussione

Nonostante esista una voluminosa mole di letteratura dedicata al trattamento cognitivo-comportamentale e agli interventi *mindfulness* per la depressione degli adulti, ancora poca attenzione è dedicata all'età anziana. Di seguito verranno riepilogati in sintesi e discussi gli studi identificati come conformi ai criteri di inclusione. Per quanto riguarda lo stato dell'arte della terapia cognitivo-comportamentale applicata alla depressione dell'anziano, molti studi sembrano confermare questo approccio terapeutico come metodo di cura elettivo nella popolazione anziana (Bogner, Cahill, Frauenhoffer & Barg, 2009). In particolare, da diversi studi comparativi e review sistematiche sono emersi dati a favore della maggiore efficacia della terapia cognitivo-comportamentale rispetto alle condizioni di controllo, rispetto al solo utilizzo dei farmaci e rispetto ad altri orientamenti psicoterapeutici (Wilson, Mottram & Vassilas, 2008; Serfaty, Haworth, Blanchard, Buszewicz, Murad & King, 2009; Jayasekara, Procter, Harrison, Skelton, Hampel, Draper & Deuter, 2015). Su quest'ultimo aspetto, tuttavia, la questione appare controversa e non unanime, poiché alcuni sostengono l'assenza di differenze statisticamente significative rispetto alla terapia psicodinamica o alla terapia della reminiscenza (Peng, Huang, Chen & Lu, 2009). Un aspetto particolarmente apprezzato dai terapeuti che lavorano con gli anziani sembra essere la flessibilità di questo approccio terapeutico nell'adattarsi ad una popolazione così eterogenea, potendo utilizzare, a seconda dei casi, interventi basati sulla *mindfulness*, riattivazione comportamentale e ristrutturazione cognitiva (De Martino &

Couyoumdijan, 2012). I risultati finora riportati si riferiscono alla psicoterapia nella forma individuale. Sono in crescendo gli studi che pongono la psicoterapia cognitivo-comportamentale di gruppo come un'alternativa valida al trattamento della depressione degli anziani (Krishna, Jauhari, Lepping, Turner, David Crossley & Krishnamoorthy, 2011). Il successo del setting gruppale in questa particolare fascia d'età può essere dovuto a una molteplicità di fattori, come la possibilità di condividere stati d'animo e pensieri simili, il bisogno di uscire dall'emarginazione sociale, l'opportunità di ammortizzare i costi rispetto alla terapia individuale. Questi benefici sembrano particolarmente veri per particolari categorie di anziani, cioè i pazienti non istituzionalizzati e che non presentano particolari problemi organici (Payne & Marcus, 2008; Pinquart & Sorensen, 2001). In questi studi, tuttavia, esistono, alcuni limiti che dovranno essere superati in futuro per una più attenta valutazione dell'efficacia. Alcuni sono di ordine metodologico, come la difficoltà nel costruire campioni rappresentativi di una popolazione così eterogenea e l'utilizzo di strumenti diagnostici diversi, di tipo self report (per esempio, la *Beck Depression Inventory*; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) o basati sull'intervistatore (come la *Hamilton Rating Scale*; Hamilton, 1960). Si tratta di strumenti costruiti sulla popolazione adulta, contenenti una molteplicità di item somatici che possono distorcere i risultati nel caso di pazienti fra i quali è alto il tasso di comorbidità con patologie organiche. Per questo motivo oggi si preferisce utilizzare strumenti costruiti sulla popolazione anziana, come la *Geriatric Depression Scale* (Yesavage, Brink & Rose, 1983). Altri limiti riguardano la necessità di porre più attenzione ad aspetti che potrebbero influenzare la variabilità dei risultati, come la condizione di vita dell'anziano (se è un paziente ricoverato o ambulatoriale; se vive a casa propria autonomamente; se è istituzionalizzato; il grado di compromissione delle funzioni organiche e cognitive).

Una questione di particolare interesse clinico che emerge dalla letteratura è quella relativa alla ridondanza e ricorsività di certi temi che hanno più probabilità di emergere nei sistemi di credenze degli anziani (Evans, 2007): la perdita (lutti del coniuge o di persone care; perdita delle relazioni sociali; perdita della salute; perdita del ruolo sociale); i punti di transizione (pensionamento; riorganizzazione del proprio tempo, del proprio ruolo sociale e dell'immagine di sé); l'ansia per la salute; le credenze sull'invecchiamento (es. "invecchiare è una cosa terribile"; "invecchiare coincide con la perdita e il declino"; "è normale sentirsi depressi quando si invecchia"). Esistono una molteplicità di credenze sia del paziente anziano sia del terapeuta che possono interferire con il processo terapeutico. Fra le credenze intermedie del paziente, è ricorrente l'idea che la vecchiaia impedisca il cambiamento e la trasformazione ("sono troppo vecchio per cambiare"), convinzione derivante dall'interazione tra gli stereotipi negativi interiorizzati sulla vecchiaia e le credenze di coorte

(credenze generazionali, condivise da gruppi di persone nate nello stesso periodo e che riflettono esperienze simili). Questo può portare l'anziano a rinunciare a chiedere aiuto o ad avere scarse aspettative sulla riuscita dell'intervento. Fornire informazioni psicoeducative sulla plasticità e sulla capacità di apprendimento in età avanzata può essere utile a mettere in discussione queste convinzioni disfunzionali. Un'altra credenza intermedia è quella relativa alla differenza d'età tra il paziente e il terapeuta, *gap* che renderebbe quest'ultimo meno empatico e incapace di comprendere l'esperienza di una fase della vita più avanzata ("i terapeuti giovani non possono capire quello che sto vivendo"). Un'ulteriore credenza di coorte è quella che vede una connessione fra il disturbo mentale e un fallimento personale o un disordine di tipo spirituale. Fra le credenze disfunzionali del terapeuta, ne sono state rintracciate alcune comuni: "gli anziani non possono cambiare i propri comportamenti"; "gli anziani non sono autosufficienti e devono essere curati"; "agli anziani il sesso non interessa"; "gli anziani stanno per morire presto quindi perché preoccuparsi?"; "gli anziani sono cognitivamente compromessi e la psicoterapia non avrà effetto". È intuitivo che queste credenze, se non adeguatamente sfidate e affrontate, possono essere fonte di impotenza e frustrazione, interferendo con la relazione terapeutica.

Nonostante il crescente interesse negli ultimi 20 anni, soltanto di recente la ricerca si è dedicata allo studio della *mindfulness* negli anziani. Essa è ormai largamente usata per migliorare l'impatto sulla qualità di vita di numerose condizioni fisiche e mentali in età adulta. Questi dati empirici hanno spinto alcuni autori a ritenere che gli stessi effetti benefici possano verificarsi anche con i soggetti anziani. Gli interventi basati sulla *mindfulness* potrebbero essere utili nella prevenzione delle ricadute depressive perché favoriscono il decentramento e la consapevolezza, attraverso il coinvolgimento nel "qui ed ora" del momento presente, allenando la persona a mettersi in contatto empatico con l'altro e ad individuare punti di vista diversi in una stessa situazione, spostando l'attenzione dai propri stati interni (Bizzini, Bizzini & Favre, 2009). Questo consente l'apprendimento di strategie che i pazienti possono utilizzare inizialmente in forma guidata all'interno del *setting* terapeutico e, successivamente, in forma autonoma nella vita quotidiana, quando emerge il flusso dei pensieri negativi e delle ruminazioni, che costituisce un fattore di vulnerabilità per la cronicizzazione e le ricadute depressive (De Martino & Couyoumdijan, 2012). L'utilità di questo tipo di interventi in una popolazione specifica come quella degli anziani sembra essere connessa al fatto che questi ultimi, rispetto agli adulti, tendono a dare la priorità al benessere e alle emozioni piacevoli sperimentate nel momento presente, dedicandosi ad attività emotivamente e relazionalmente significative (Li & Bressington, 2019). Quest'idea appare in linea con quanto suggerito dalla già nota in letteratura teoria della selezione socioemozionale (Carstensen,

Isaacowitz & Charles, 1999), secondo la quale esiste una differenza sostanziale tra gli anziani e gli adulti nella percezione del tempo e delle relazioni interpersonali: i giovani tendono a percepire il proprio futuro come ampio ed esteso e selezionano le proprie relazioni sociali in funzione delle nuove conoscenze, esperienze e visioni del mondo che esse possono offrire. Al contrario, gli anziani percepiscono il proprio futuro come limitato e ristretto, come un approssimarsi alla fine della vita, e sono portati per questo motivo a consolidare i legami sociali intimi, con i parenti o con gli amici di vecchia data. Il loro obiettivo, infatti, non è quello di ampliare la propria rete relazionale e le proprie visioni sul mondo, ma quello di beneficiare del supporto e della sicurezza che derivano dalle relazioni significative, in modo da sperimentare benessere ed emozioni piacevoli nel momento presente. Questo può contribuire a comprendere la controintuitiva maggiore incidenza della depressione fra i giovani piuttosto che fra gli anziani, i quali sembrano avere capacità di resilienza e livelli di benessere emotivo maggiori rispetto alla popolazione adulta (Charles & Carstensen, 2010). I programmi di intervento utilizzati dalla maggior parte degli studi presi in esame sono la MBCT (*Mindfulness-based Cognitive Therapy*; Splevins, Smith & Simpson, 2009) e la MBSR (*Mindfulness-based stress reduction*; Creswell, Irwin., Burklund, Lieberman, Arevalo, Ma et al. 2012; Gallegos, Hoerger, Talbot, Moynihan & Duberstein, 2013b). Entrambi prevedono un'articolazione in 8 settimane e comprendono varie attività: pratiche di meditazione guidata (*body scan, sitting meditation, walking meditation, stretching*), discussioni di gruppo, momenti di psicoeducazione sul benessere dell'individuo, esercizi da svolgere a casa per promuovere la consapevolezza. Questi studi evidenziano che gli interventi basati sulla *mindfulness* nei gruppi di pazienti sottoposti ai programmi, sono associati ad un significativa riduzione della solitudine, della depressione, dello stress, dei disturbi del sonno, e ad un significativo miglioramento generale dell'umore, specialmente se il livello di gravità di partenza dei sintomi depressivi era elevato. Osservare le esperienze in maniera non giudicante, capire che i pensieri non coincidono con la realtà, identificare i propri comportamenti automatici non adattivi aiuta a sviluppare le proprie capacità di *coping* nelle difficoltà quotidiane e a migliorare l'autostima e le competenze sociali grazie al lavoro in gruppo. Si evidenziano, però, numerosi limiti e questioni aperte che rendono critica l'interpretazione dei dati emersi:

- la scarsità degli studi sull'utilizzo di questi programmi in età anziana;
- l'ampio *range* d'età dei partecipanti inclusi in questi studi;
- la modificazione dei protocolli MBSR e MBCT per venire incontro alle specifiche esigenze dei partecipanti, come le limitazioni fisiche, i problemi di salute, la difficoltà negli spostamenti. Le

modifiche più comuni riguardano soprattutto la riduzione della durata di alcune sessioni (*sitting meditation*, *walking meditation*, discussioni di gruppo); questa necessità di riadattamento ha portato alla messa a punto di un programma creato ad hoc per questa fascia d'età, il *Mindfulness-Based Cognitive Approach for Senior* (MBCAS; Zellner Keller, Singh & Winton, 2014);

- non tutti gli studi citati prevedevano gruppi di controllo;
- la presenza di fattori, estranei ai programmi applicati, che incidono sul benessere dell'anziano, come la sensibilità alle interazioni e al contatto sociale e il coinvolgimento in attività terapeutiche private (counselling, supporto psicologico privato, esercizio fisico);
- l'eterogeneità dei gruppi che hanno seguito i programmi di *mindfulness* lascia dei dubbi sulla generalizzabilità dei risultati .

In uno studio recente, che si è avvalso dell'utilizzo di tecniche di *neuroimaging* pre- e post-trattamento, è emerso che nel gruppo di anziani sottoposto al protocollo MBCT associato ai farmaci, la connettività in alcune aree cerebrali era migliorata, e, di conseguenza, erano migliorati anche i sintomi clinici della depressione. (Li, Yan, Wang, Liu, Lin, Zhu et al. 2022). Questo perché alcune aree cerebrali, come la regione prefrontale, lo striato e l'amigdala, vengono coinvolte attivamente durante la meditazione consapevole. Bisogna considerare, infine, che l'obiettivo principale della *mindfulness* non è quello di ridurre i sintomi depressivi o di migliorare le funzioni cognitive, ma quello di insegnare a guardare ad ogni esperienza della vita con un atteggiamento non giudicante di gentilezza, auto-compassione e accettazione, abilità particolarmente importanti per gli anziani che affrontano cambiamenti di vita incontrollabili come la perdita di una persona amata o il deterioramento della salute.

4. Conclusioni

Questo studio si proponeva di esaminare lo stato dell'arte della terapia cognitivo-comportamentale applicata alla depressione dell'anziano, con una particolare attenzione alla revisione della letteratura finora prodotta sull'utilità degli interventi basati sulla *mindfulness* per questo disturbo in questa fascia d'età.

Attraverso le ricerche esaminate in questo lavoro emerge che la CBT applicata alla depressione dell'anziano ottiene riconoscimenti significativi, sia nella forma individuale che di gruppo, soprattutto quando, nei casi di depressione severa, è associata all'utilizzo del farmaco. Questi studi, tuttavia,

presentano alcuni limiti che dovranno essere superati in futuro per una più attenta valutazione dell'efficacia: alcuni sono di ordine metodologico (costruzione di campioni più rappresentativi, utilizzo di strumenti diagnostici costruiti ad hoc per la popolazione anziana); altri riguardano la necessità di porre più attenzione ad aspetti che potrebbero influenzare la variabilità dei risultati, come la condizione di vita dell'anziano (se è un paziente ricoverato o ambulatoriale; se vive a casa propria autonomamente; se è istituzionalizzato; il grado di compromissione delle funzioni organiche e cognitive).

Nonostante il crescente interesse negli ultimi 20 anni, soltanto di recente la ricerca si è dedicata allo studio della *mindfulness* negli anziani. Gli studi analizzati, che si avvalgono di programmi di intervento come la MBCT e la MBSR, evidenziano che gli interventi basati sulla *mindfulness* sono associati ad un significativa riduzione della solitudine, della depressione, dello stress, dei disturbi del sonno, e ad un significativo miglioramento generale dell'umore, al miglioramento dell'autostima e delle competenze sociali grazie al lavoro in gruppo. La scarsità della letteratura in merito e la presenza di alcuni limiti intrinseci agli studi sottolineano l'importanza di continuare la ricerca su questo tema, in considerazione del *trend* demografico globale.

Bibliografia

- Alexopoulos, G.S. (2005). Depression in the elderly. *The Lancet*, 365, 1961-1970.
- APA (2014). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *The American Psychiatric Association*.
- Arroll, B., Elley, C.R., Fishman, T., Goodyear-Smith, F., Kenealy, T., Blashki G., et al. (2009). Antidepressants versus placebo for depression in primary care, *Cochrane Database of Systematic Review*, 3, CD007954.
- Baltes, P. B. (1968). Longitudinal and cross-sectional sequences in the study of age and generation effects. *Human Development*, 11, 145-171.
- Baltes, P., Reese, H., & Lipsitt, L. (1980). Life-Span Developmental Psychology. In M. Rosenzweig, & L. Porter (Eds.), *Annual Review of Psychology*, 31, 65-110.
- Baroni, M.R. & Getrevi, A. (2005). *La valutazione psicologica dell'anziano*. Roma: Carocci.
- Bartels, S.J., Dums, A.R., Oxman, T.E., Schneider, L.S., Areàn, P.A., Alexopoulos, G.S., et al. (2002). Evidence-based practices in geriatric mental health care, *Psychiatric Services*, 53, 1419-1431.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-71.
- Bizzini, L., Bizzini, V. & Favre, C. (2009). *Curare la depressione negli anziani. Manuale di terapia cognitiva di gruppo*. Milano: Franco Angeli.
- Bogner, H. R., Cahill, E., Frauenhoffer, C., & Barg, F. K. (2009). Older primary care patient views regarding antidepressants: a mixed methods approach. *Journal of Mental Health*, 18(1), 57-64.
- Brodaty, H., Luscombe, G., Parker, G., Wilhelm, K., Hickie, I., Austin, M. P., & Mitchell, P. (2001). Early and late onset depression in old age: different aetiologies, same phenomenology. *Journal of affective disorders*, 66(2-3), 225-236.
- Butler, R.N. (1969). Age-ism. Another form of bigotry. *The gerontologist*, 9, 243-246.
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D.H. & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54 (3), 165-81.
- Cesa-Bianchi, M. (1999). *Psicologia dell'invecchiamento. Caratteristiche e problemi*. Roma: Carocci.

- Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2010). Social and Emotional Aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383–409.
- Creswell, J. D., Irwin, M. R., Burklund, L. J., Lieberman, M. D., Arevalo, J. M. G., Ma, J., Breen, E. C., & Cole, S. W. (2012). Mindfulnessbased stress reduction training reduces loneliness and proinflammatory gene expression in older adults: a small randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 26, 1095–1101.
- Cumming, E. & Henry, W. (1961). *Growing Old: The Process of Disengagement*. New York: Basic Books.
- De Martino, P. D. & Couyoumdjian, A. (2012). La terapia cognitivo comportamentale della depressione nell’anziano: una revisione della letteratura. *Psicoterapia cognitiva e comportamentale*, 3, 321-341.
- Evans, C. (2007). *Cognitive-behavioural therapy with older people. Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 111–118.
- Gallegos, A. M., Hoerger, M., Talbot, N. L., Moynihan, J. A., & Duberstein, P. R. (2013b). Emotional benefits of mindfulnessbased stress reduction in older adults: the moderating role of age and depressive symptom severity. *Aging and Mental Health*, 17, 823–829.
- Hamilton, M. A. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23(1), 56-62.
- Jayasekara, R., Procter, N., Harrison, J., Skelton, K., Hampel, S., Draper, R. & Deuter, K. (2015). Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review., *J Mental Health*, 24(3), 168-171.
- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Chatterji, S., Lee, S., Ormel, J. & Wang, P. S. (2009). The global burden of mental disorders: an update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(1), 23-33.
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D. & Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International journal of geriatric psychiatry*, 26(4), 331-340.
- Lee, Y. Y., Stockings, E. A., Harris, M. G., Doi, S. A. R., Page, I. S., Davidson, S. K., & Barendregt, J. J. (2019). The risk of developing major depression among individuals with subthreshold depression: a systematic review and meta -analysis of longitudinal cohort studies. *Psychological Medicine* , 49(1), 92 -102.

- Li, H., Yan, W., Wang, Q., Liu, L., Lin, X., Zhu, X., Su, S., Sun, W., Sui, M., Bao, Y., Lu, L., Deng, J. & Sun, X. (2022). Mindfulness-Based Cognitive Therapy Regulates Brain Connectivity in Patients With Late-Life Depression. *Front Psychiatry*, 13, 1-10.
- Li, S.Y.H. & Bressington, D. (2019). The effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety and stress in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health*, 28(3), 635-656.
- Lockwood, C., Page, T. & Conroy-Hiller, T. (2004). Comparing the effectiveness of cognitive behaviour therapy using individual or group therapy in the treatment of depression, *International journal of Evidence-Based Healthcare*, 2, 185-206.
- Mosso, C. & Viola, E. (2014). L'invecchiamento attivo. In N. De Piccoli (Ed.), *Salute e qualità della vita nella società del benessere* (pp.233-252). Roma: Carocci.
- Payne, K.T. & Marcus, D.K. (2008). The efficacy of group psychotherapy for older adult client: a meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 12, 268-278.
- Peng, X.D., Huang, C.Q., Chen, L.J. & Lu, Z.C. (2009). Cognitive behavioural therapy and reminiscence techniques for the treatment of depression in the elderly: A systematic review. *Journal of International Medical research*, 37, 975-982.
- Piquart, M. & Sorensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychological interventions with older adults? A meta-analysis. *Journal of Mental Health and Aging*, 7, 2017-243.
- Rowe, J. & Kahn, R. (1997). Successful aging. *The gerontologist*, 37, 433-440.
- Schweitzer, I., Tuckwell, V., O'Brien, J., & Ames, D. (2002). Is late onset depression a prodrome to dementia?. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(11), 997-1005.
- Seitz, D.P., Adunuri, N., Gill, S.S., Gruneir, A., Herrmann, N. & Rochon, P. (2011). Antidepressants for agitation and psychosis in dementia. *Cochrane Database of Systematic Review*, 16(2), CD008191.
- Serfaty, M. A., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S. & King, M. (2009). Clinical Effectiveness of Individual Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Older People in Primary Care. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1332–1340.
- Splevins, K., Smith, A., & Simpson, J. (2009). Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? A study of older adults. *Aging and Mental Health*, 13, 328–335.

- Thompson, L.W., Coon, D.W., Gallagher-Thompson, D., Sommer, B.R. & Koin, D. (2001). Comparison of desipramine and cognitive-behavioral therapy in the treatment of elderly outpatients with mild to moderate depression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9, 225-240.
- Todarello, O., Martino, I., Affatati, V. & Lepore, V. (2006). La terapia della depressione senile nel dialogo tra mente e corpo. In O. Todarello & P. Porcelli (Eds.), *Trattamenti in medicina psicosomatica; psicoterapie, farmacoterapie e neuroscienze* (pp.224-254). Milano: Franco Angeli.
- Wilson, K., Mottram, P.G. & Vassilas, C. (2008). Psychotherapeutic treatment of older depressed people. *Cochrane Database of Systematic Review*, (1), CD004853.
- World Health Organization WHO (2012). Depression. Fact Sheet No. 369. Geneva: World Health Organization.
- Yesavage, J.A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. & Leirer, V.O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatry Research*, 17(1), 37-49.
- Zellner Keller B, Singh NN, Winton AS. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Approach for Seniors (MBCAS): Program Development and Implementation. *Mindfulness*, 5(4), 453-459.