



# Depressione e demenza

Renzo Rozzini

## Depressione e demenza: riflessi in uno specchio oscuro

- **L'anziano con lieve deterioramento cognitivo (il tempo vissuto: il ricordo, la nostalgia, il rimpianto, il rimorso)**
- **Nelle fasi iniziali e in quelle intermedie della demenza (la diagnosi; malattia depressiva o fisiologica risposta allo stress del deficit mnesico?)**
- **Nelle fasi avanzate della demenza (cosa resta della capacità di sentire e di relazione; la depressione nella Demenza con corpi di Lewy)**

## Depressione e demenza: riflessi in uno specchio oscuro

- **L'anziano con lieve deterioramento cognitivo (il tempo vissuto: il ricordo, la nostalgia, il rimpianto, il rimorso)**
- Nelle fasi iniziali e in quelle intermedie della demenza (la diagnosi; malattia depressiva o fisiologica risposta allo stress del deficit mnesico?)
- Nelle fasi avanzate della demenza (cosa resta della capacità di sentire e di relazione; la depressione nella Demenza con corpi di Lewy)

**Qual è il peso della sofferenza in chi ha perso la capacità di rapporto con il mondo esterno e di lucida comprensione degli eventi, di chi è incapace di riandare nel passato, nucleo centrale del vissuto depressivo, perché privo di memoria?**

**Un anno fa come stavo bene!**

**Il passato è evocato con nostalgia come fa di solito ogni sofferente**

## Depressione e demenza: riflessi in uno specchio oscuro

**“Nella malinconia non è incrinata la memoria calcolante, la memoria dei numeri e dei luoghi, che non ha bisogno del futuro al fine di realizzarsi, ma è modificata in misura più, o meno, profonda la memoria vissuta dalla quale i ricordi non si distaccano, e non rinascono, se non con ali di piombo”** (Eugenio Borgna, 2009).

**Come per l'avvenire avevamo l'attività, il desiderio e l'azione etica, o anche l'attesa, la speranza e la preghiera, che si collocavano l'una sull'altra, così per il passato abbiamo l'impressione di aver davanti a noi tre livelli: il rimorso, il rimpianto e il ricordo banale.**

**Il male non può svanire senza tracce nel passato, ciò gli toglierebbe il suo carattere. Una sopravvivenza diviene indispensabile. Interviene il fenomeno del rimorso. Il rimorso concerne e non può che concernere che il passato; inoltre esso ritaglia e isola in questo passato un fatto, un avvenimento preciso, lo fissa e lo fa sopravvivere.**

**Al di sotto del rimorso si colloca il rimpianto. D'uso più comune, si applica ad avvenimenti di minor gravità. È più terra terra del rimorso. Sta al rimorso come la colpa o l'errore stanno al peccato.**

*Il tempo vissuto, Eugène Minkowsky (1933)*

Al di sotto del rimorso si colloca il ricordo.

Il fatto preciso e isolato, come ritagliato nell'insieme del divenire, si stacca da questa forma globale del passato solo nel momento in cui il male penetra nella vita. Il fatto preciso, confrontato col dinamismo originario della vita, reca con sé un carattere statico; in questo senso possiamo dire che il ricordo del male è più statico del ricordo del bene; si fissa più a lungo a un fatto del passato e ci obbliga a soffermarvisi più a lungo.

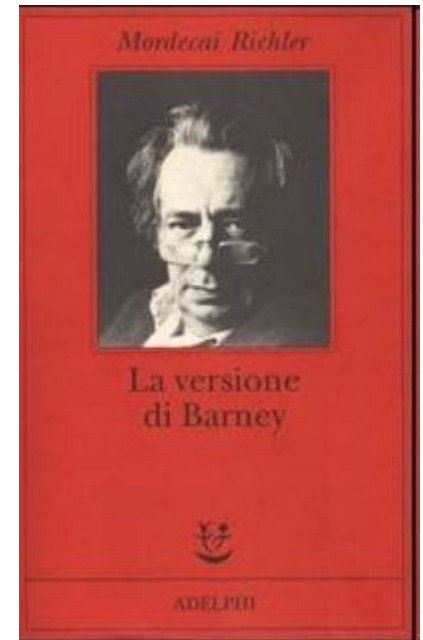
Si rivela così, anche in rapporto al passato, l'asimmetria tra i valori positivi e negativi. Per evidenziare ancor più l'asimmetria tra il bene e il male, può essere utile ricordare qui che il rancore e il risentimento sono molto più tenaci del sentimento di riconoscenza. Ci ricordiamo una volta per tutte del male che ci è stato fatto, per il bene vogliamo sempre nuove prove.

*Il tempo vissuto, Eugène Minkowsky (1933)*

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

.....

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



# Il metodo Tagame contro la depressione

Il protagonista, scrittore premio Nobel in crisi, cerca di ritrovare se stesso attraverso il colloquio con il suo più grande amico, che si è suicidato lasciandogli in pegno la sua voce registrata

di Kenzaburō Ōe

da bambino nei torrenti di montagna della foresta dello Shikoku. Nel provare a indossarle, aveva detto a Gorō che gli sembrava di avere un paio di quegli insetti inutili appiccicati alle orecchie. «Questo mi fa pensare che eri un ragazzino incapace di pescare anguille, trote e altri pesci del genere», aveva commentato Gorō senza meravigliarsi più di tanto. «So che è tardi, ma questo è un regalo da parte mia a quel povero ragazzino decisamente fuori dalla norma», aveva proseguito porgendo a Kogito il mangianastri e le cuffie. «Chiamalo Tagame, se vuoi.



**La depressione di Kogito era stata provocata da una lunga serie di gravi e infamanti critiche –la cosa andava avanti da oltre dieci anni- da parte di un noto giornalista di un grande quotidiano nazionale, il quale si era sempre premurato di fare in modo che i suoi squallidi attacchi personali rientrassero entro la cornice dei doveri morali e professionali della categoria cui faceva parte. Quando Kogito era assorto nel suo lavoro, ossia nella scrittura e nella lettura di numerosi libri, dimenticava tutto e non ne soffriva. Ma quando a volte si svegliava nel cuore della notte, oppure quando usciva a fare una commissione o perché aveva un appuntamento, non poteva non rimuginare sul modo di scrivere rozzo e volgare di quel suo persecutore. Nell'ambiente era conosciuto e stimato per la sua estrema meticolosità, eppure quando si trattava di inviare a Kogito i suoi libri e i suoi articoli, spesso pieni di accuse nei suoi confronti, non si faceva scrupoli e si limitava ad accompagnarli con poche parole di saluto, scribacchiate alla meno peggio sul retro di ritagli di fogli utilizzati per la brutta copia o di miseri fax di vecchie bozze. Kogito ricordava suo malgrado ciascuna di quelle parole, e ogni qual volta gli affioravano alla mente, che si ritrovasse a letto o per strada, riusciva a calmarsi solo se ascoltava una di quelle voci così «squallidamente e volgarmente umane». «È incredibile», gli aveva detto una volta Gorō, «come quella robaccia riesca a placare la tensione, vero?».**

**Troppo ossessivi e insistenti sono i suoni che il nostalgico ha preservato – forse fin dal primo giorno della partenza- perché un segnale esterno, un timbro riconosciuto come prossimo, o come simile, non li risvegli e tormentosamente li imponga ai sensi.  
(Antonio Prete, Trattato della Lontananza, 2008).**

## Depressione e demenza: riflessi in uno specchio oscuro

- L'anziano con lieve deterioramento cognitivo (il tempo vissuto: il ricordo, la nostalgia, il rimpianto, il rimorso)
- **Nelle fasi iniziali e in quelle intermedie della demenza (la diagnosi; patologia depressiva o fisiologica risposta allo stress del deficit mnesico?)**
- Nelle fasi avanzate della demenza (ciò che resta della capacità di sentire e della capacità di relazione; la depressione nella Demenza con corpi di Lewy)

## **Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease**

*Olin JT, Schneider LS, Katz IR, Meyers BS, Alexopoulos GS et al.*

*Am J Geriatr Psychiatry. 2002; 10:125-8.*

The authors, a group of investigators with extensive research and clinical experience related to both late-life depression and Alzheimer disease (AD), propose provisional affective and behavioral inclusion and exclusion diagnostic criteria for Depression of AD.



## **Provisional Diagnostic Criteria for Depression of Alzheimer Disease: Rationale and Background**

*Olin JT, Schneider LS, Katz IR, Meyers BS et al.*

*Am J Geriatr Psychiatry. 2002; 10:129-141.*

This review provides the rationale and background for the development of diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease (AD), including risk factors and neurobiological correlates, epidemiology, and clinical characteristics, along with course, assessment, treatment, economics, a description of the criteria, and future research directions.

Overall, there is substantial research to suggest that the depression that may co-occur with AD is different from other depressive disorders. Further research is needed to better define core symptoms, clinical course, and efficacy of treatments.

## Baseline Demographic Data for Depressed and Nondepressed Participants as Diagnosed With the NIMH-dAD Criteria

	Depressed	Not Depressed	$t/\chi^2$	$p$
N	44	57		
Age (SD)	77.7 (7.7)	77.3 (6.0)	0.34	0.74
% Male	34%	53%	3.46	0.06
Education (SD)	13.3 (3.1)	14.7 (3.8)	-1.86	0.07
Antidepressant use	55%	19%	13.62	<0.001
MMSE (SD)	21.0 (5.3)	21.2 (4.5)	-0.20	0.84

*Notes:* Age, education, and MMSE scores were analyzed with independent-samples  $t$ -tests ( $df = 99$  for age and Gender distribution and antidepressant use were analyzed with chi-square tests ( $df = 1,101$ ).

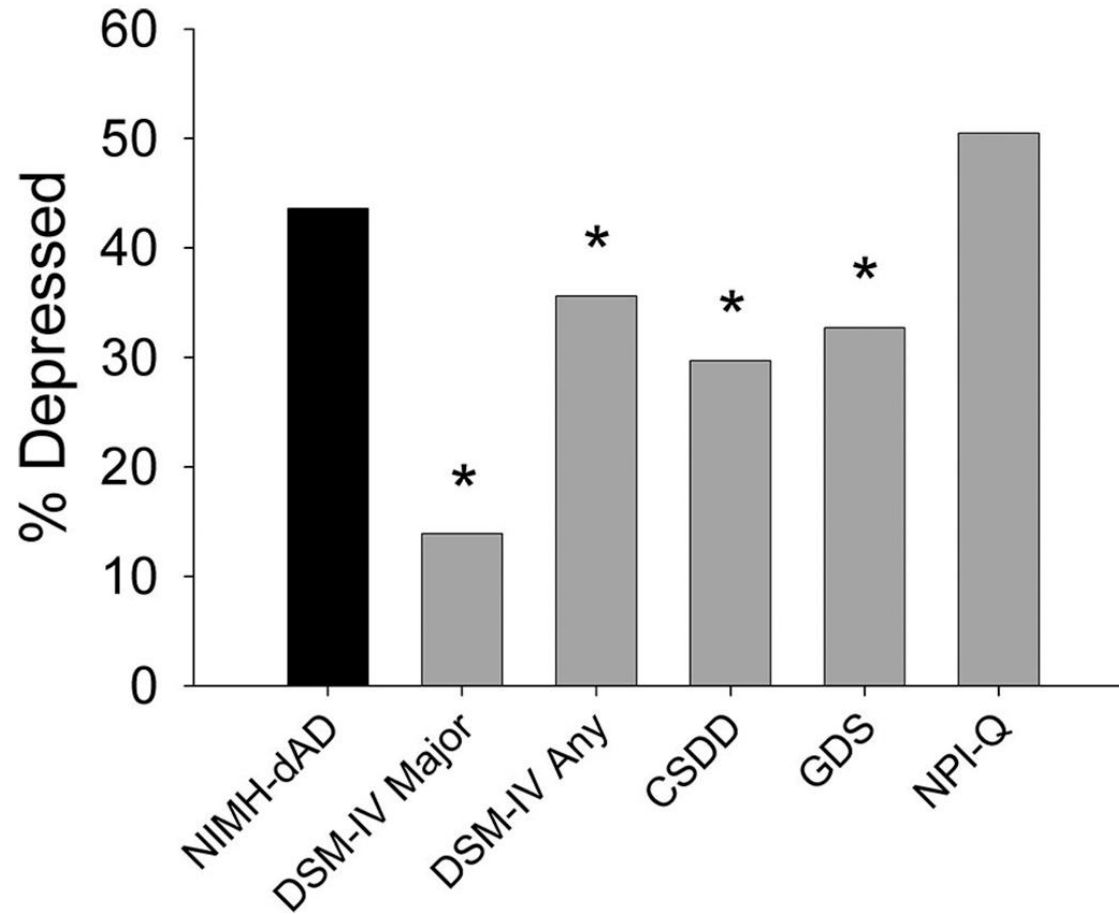
*Adapted from Olin et al., 2002*

## **National Institute of Mental Health-NIMH Provisional Diagnostic Criteria for Depression in Alzheimer Disease**

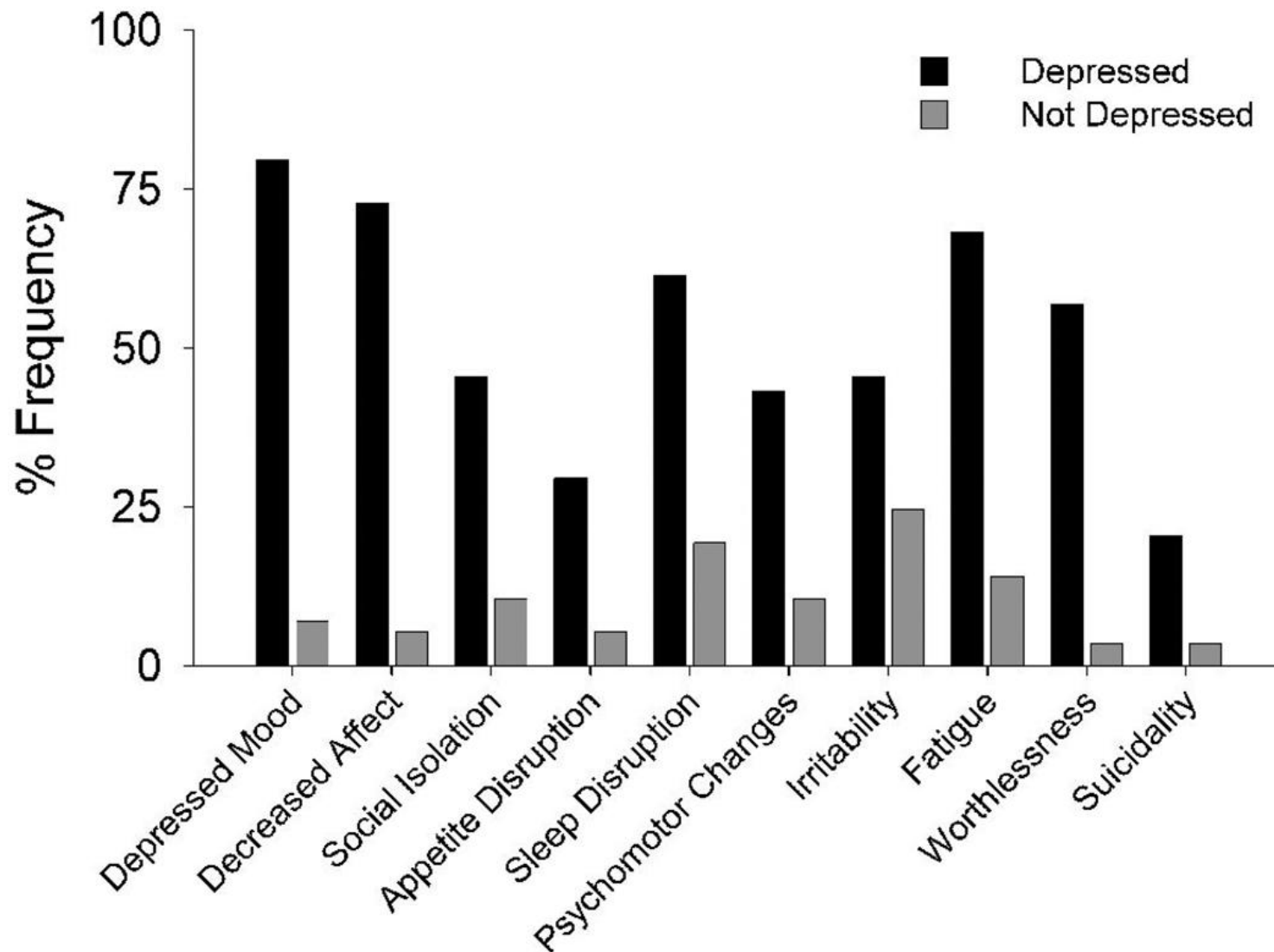
- 1. One (or more) of the following symptoms must be present during the same 2-week period and represent a change from previous functioning. At least one of the symptoms must either be 1) depressed mood or 2) decreased positive affect or pleasure**
  - 1. Clinically significant depressed mood**
  - 2. Decreased positive affect or pleasure in response to social contacts and usual activities**
  - 3. Social isolation or withdrawal**
  - 4. Disruption in appetite**
  - 5. Disruption in sleep**
  - 6. Psychomotor changes**
  - 7. Irritability**
  - 8. Fatigue or loss of energy**
  - 9. Feelings of worthlessness, hopelessness, or excessive or inappropriate guilt**
  - 10. Recurrent thoughts of death, suicidal ideation, plan or attempt**
- 2. All criteria are met for Dementia of the Alzheimer Type (DSM-IV)**
- 3. The symptoms cause clinically significant distress or disruption in functioning**
- 4. The symptoms do not occur exclusively in the course of delirium**
- 5. The symptoms are not due to the direct physiological effects of a substance**
- 6. The symptoms are not better accounted for by other conditions such as major depressive disorder, bipolar disorder, bereavement, schizophrenia, schizoaffective disorder, psychosis of Alzheimer disease, anxiety disorders, or substance-related disorders**

*Adapted from Olin et al., 2002*

## Baseline Rates of Depression as Determined With Different Assessment Tools



## Baseline Frequencies of Individual NIMH-dAD Symptoms in Depressed and Nondepressed Participants

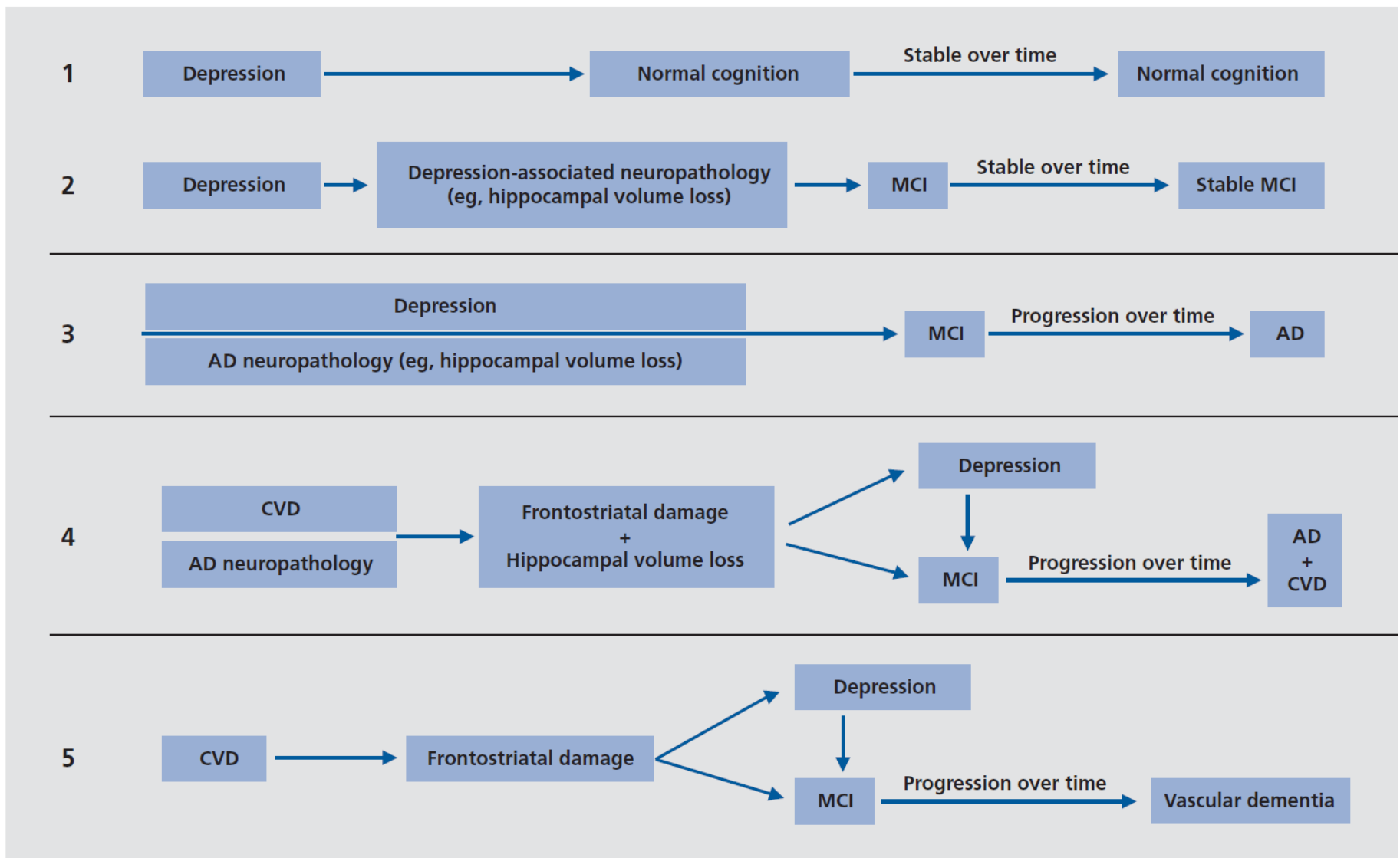


# Depression in AD

**In general, people who have dAD tend to be anxious, agitated, delusional, or inattentive. Symptoms include irritability and social isolation. People with dAD are more likely than those with MDD to show a decline in their enjoyment of social contacts or customary activities, but are less likely to express or experience guilt or feel suicidal.**

**The diagnostic criteria for depression in Alzheimer disease specify that it requires only 3 of the possible symptoms for major depressive disorder (MDD), rather than the 5 required to diagnose MDD itself, and the symptoms may fluctuate. Therefore dAD often goes unrecognized within the spectrum of symptoms of Alzheimer's disease.**

*Adapted from Olin et al., 2002*



**Figure 2.** Pathways linking depression to predominant cognitive outcomes. MCI, mild cognitive impairment; AD, Alzheimer's disease; CVD, cerebrovascular disease.

# Depressive symptoms and risk of dementia

## The Framingham Heart Study



J.S. Saczynski, PhD  
A. Beiser, PhD  
S. Seshadri, MD  
S. Auerbach, MD  
P.A. Wolf, MD  
R. Au, PhD

Address correspondence and  
reprint requests to Dr. Jane S.  
Saczynski, Division of Geriatric  
Medicine, Department of  
Medicine, 377 Plantation St.,  
Suite 315, Worcester, MA 01605  
Jane.saczynski@umassmed.edu

### ABSTRACT

**Objectives:** Depression may be associated with an increased risk for dementia, although results from population-based samples have been inconsistent. We examined the association between depressive symptoms and incident dementia over a 17-year follow-up period.

**Methods:** In 949 Framingham original cohort participants (63.6% women, mean age = 79), depressive symptoms were assessed at baseline (1990-1994) using the 60-point Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). A cutpoint of  $\geq 16$  was used to define depression, which was present in 13.2% of the sample. Cox proportional hazards models adjusting for age, sex, education, homocysteine, and APOE  $\epsilon 4$  examined the association between baseline depressive symptoms and the risk of dementia and Alzheimer disease (AD).

**Results:** During the 17-year follow-up period, 164 participants developed dementia; 136 of these cases were AD. A total of 21.6% of participants who were depressed at baseline developed dementia compared with 16.6% of those who were not depressed. Depressed participants (CES-D  $\geq 16$ ) had more than a 50% increased risk for dementia (hazard ratio [HR] 1.72, 95% confidence interval [CI] 1.04-2.84,  $p = 0.035$ ) and AD (HR 1.76, 95% CI 1.03-3.01,  $p = 0.039$ ). Results were similar when we included subjects taking antidepressant medications as depressed. For each 10-point increase on the CES-D, there was significant increase in the risk of dementia (HR 1.46, 95% CI 1.18-1.79,  $p < 0.001$ ) and AD (HR 1.39, 95% CI 1.11-1.75,  $p = 0.005$ ). Results were similar when we excluded persons with possible mild cognitive impairment.

**Conclusions:** Depression is associated with an increased risk of dementia and AD in older men and women over 17 years of follow-up. *Neurology*® 2010;75:35-41

# Recurrent depressive symptoms and the incidence of dementia and mild cognitive impairment

Vonetta M. Dotson, PhD  
May A. Beydoun, PhD  
Alan B. Zonderman, PhD

Address correspondence and reprint requests to Dr. Vonetta M. Dotson, Department of Clinical and Health Psychology, University of Florida, PO Box 100165, Gainesville, FL 32610-0165  
vonetta@phhp.ufl.edu

## ABSTRACT

**Objective:** A history of depression has been linked to an increased dementia risk. This risk may be particularly high in recurrent depression due to repeated brain insult. We investigated whether there is a dose-dependent relationship between the number of episodes of elevated depressive symptoms (EDS) and the risk for mild cognitive impairment (MCI) and dementia.

**Methods:** A total of 1,239 older adults from the Baltimore Longitudinal Study of Aging were followed for a median of 24.7 years. Diagnoses of MCI and dementia were made based on prospective data. Participants completed the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale at 1- to 2-year intervals and were considered to have an EDS if their score was  $\geq 16$ . Kaplan-Meier survival curves, log-rank test for trend for survivor functions, and Cox proportional hazards models were conducted to examine the risk of MCI and dementia by number of EDS.

**Results:** We observed a monotonic increase in risk for all-cause dementia and Alzheimer disease as a function of the number of EDS. Each episode was associated with a 14% increase in risk for all-cause dementia. Having 1 EDS conferred an 87%–92% increase in dementia risk, while having 2 or more episodes nearly doubled the risk. Recurrence of EDS did not increase the risk of incident MCI.

**Conclusions:** Our findings support the hypothesis that depression is a risk factor for dementia and suggest that recurrent depression is particularly pernicious. Preventing the recurrence of depression in older adults may prevent or delay the onset of dementia. *Neurology* 2010;75:27-34

# Temporal course of depressive symptoms during the development of Alzheimer disease

R.S. Wilson, PhD  
G.M. Hoganson, BS  
K.B. Rajan, PhD  
L.L. Barnes, PhD  
C.F. Mendes de Leon,  
PhD  
D.A. Evans, MD

Address correspondence and reprint requests to Dr. Robert S. Wilson, Rush Alzheimer's Disease Center, Rush University Medical Center, 600 South Paulina St., Suite 1038, Chicago, IL 60612  
rwilson@rush.edu

## ABSTRACT

**Objective:** To characterize change in depressive symptoms before and after the onset of dementia in Alzheimer disease (AD).

**Method:** We used data from the Chicago Health and Aging Project, a longitudinal cohort study of risk factors for AD in a geographically defined population of old people. Two subsets were analyzed. In 357 individuals who developed incident AD during the study, self-report of depressive symptoms (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) was obtained at 3-year intervals for a mean of 8 to 9 years. In 340 individuals who agreed to annual data collection, informant report of depressive symptoms (Hamilton Depression Rating Scale) was obtained for a mean of 3 years after a diagnosis of AD (n = 107), mild cognitive impairment (n = 81), or no cognitive impairment (n = 152).

**Results:** The incident AD group reported a barely perceptible increase in depressive symptoms during 6 to 7 years of observation before the diagnosis (0.04 symptoms per year) and no change during 2 to 3 years of observation after the diagnosis except for a slight decrease in positive affect. In those with annual follow-up, neither AD nor its precursor, mild cognitive impairment, was associated with change in informant report of depressive symptoms during a mean of 3 years of observation.

**Conclusion:** Depressive symptoms show little change during the development and progression of AD to a moderate level of dementia severity. *Neurology*® 2010;75:21-26

# Depression in Patients With Moderate Alzheimer Disease

## *A Prospective Observational Cohort Study*

*Jesús Porta-Etessam, MD, PhD,\* José Luis Tobaruela-González, MD, PhD,†  
and Carlos Rabes-Berendes, MD‡ on behalf of the IDEAL Study Group*

In conclusion, CSDD  $\geq 8$  identified depressive symptomatology in moderate AD patients, significantly associated with excessive neuropsychiatric symptoms and functional, but not cognitive, 6-month deterioration. The health effects over patients and caregivers, alongside the finding that most patients remained depressive after 6 months, demand accurate diagnostic tools and effective treatments for depression in AD.

**Key Words:** dementia, neuropsychiatric symptoms, depression diagnosis, functionality, cognition, caregiver distress

*(Alzheimer Dis Assoc Disord 2011;25:317–325)*

# Temporal relation between depression and cognitive impairment in old age: prospective population based study

David J Vinkers, Jacobijn Gussekloo, Max L Stek, Rudi G J Westendorp, Roos C van der Mast

**Objective** To examine the temporal relation between depression and cognitive impairment in old age.

**Design** Prospective, population based study with four years of follow up.

**Setting** City of Leiden, the Netherlands.

**Participants** 500 people aged 85 years at recruitment.

**Main outcome measures** Annual assessments of depressive symptoms (15 item geriatric depression scale), global cognitive function (mini-mental state examination), attention (Stroop test), processing speed (letter digit coding test), and immediate and delayed recall (12 word learning test).

**Results** At 85 years old, participants' depressive symptoms and cognitive impairment were highly significantly correlated ( $P < 0.001$ ). During follow up, an accelerated annual increase of depressive symptoms was associated with impaired attention (0.08 points (95% confidence interval 0.01 to 0.16)), immediate recall (0.17 points (0.09 to 0.25)), and delayed recall (0.10 points (0.02 to 0.18)) at baseline. In contrast, depressive symptoms at baseline were not related to an accelerated cognitive decline during follow up ( $P > 0.05$ ).

**Conclusion** Caregivers should be aware of the development of depressive symptoms when cognitive impairment is present.

However, the presence of depression only does not increase the risk of cognitive decline.

# Depression as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment: a meta-analysis of longitudinal studies

Yuan Gao<sup>1</sup>, Changquan Huang<sup>1,2</sup>, Kexiang Zhao<sup>1</sup>, Louyan Ma<sup>1,3</sup>, Xuan Qiu<sup>4,5</sup>, Lei Zhang<sup>4,5</sup>, Yun Xiu<sup>6</sup>, Lin Chen<sup>4,5</sup>, Wei Lu<sup>4,5</sup>, Chunxia Huang<sup>7</sup>, Yong Tang<sup>4,5</sup> and Qian Xiao<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Geriatrics, The First Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing, China

<sup>2</sup>Department of Geriatrics, The third Hospital of Mianyang, Mianyang, Sichuan, China

<sup>3</sup>Department of Geriatrics, Ninth Hospital of Xi'an, Xi'an, Shanxi, China

<sup>4</sup>Laboratory of Stem Cells and Tissue Engineering, Chongqing Medical University, Chongqing, China

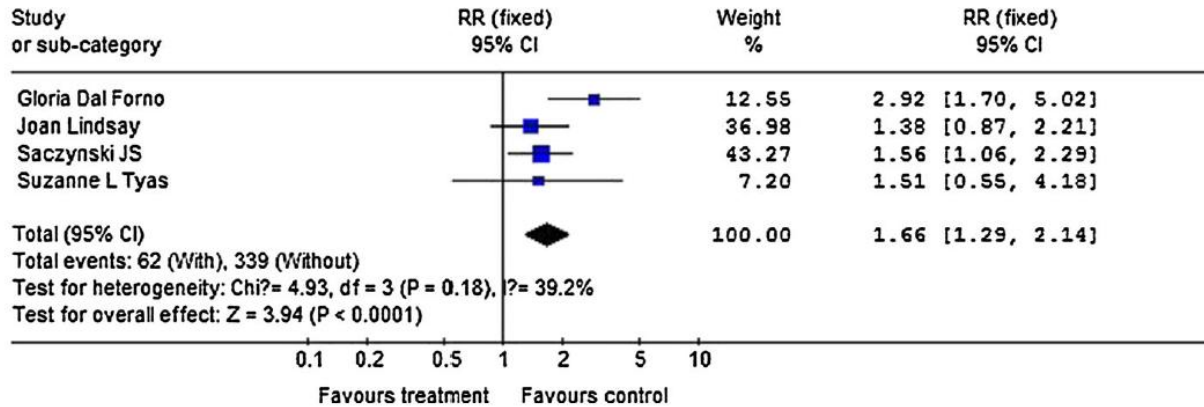
<sup>5</sup>Department of Histology and Embryology, Chongqing Medical University, Chongqing, China

<sup>6</sup>Institute of Life Science, Chongqing Medical University, Chongqing, China

<sup>7</sup>Department of Physiology, Chongqing Medical University, Chongqing, China

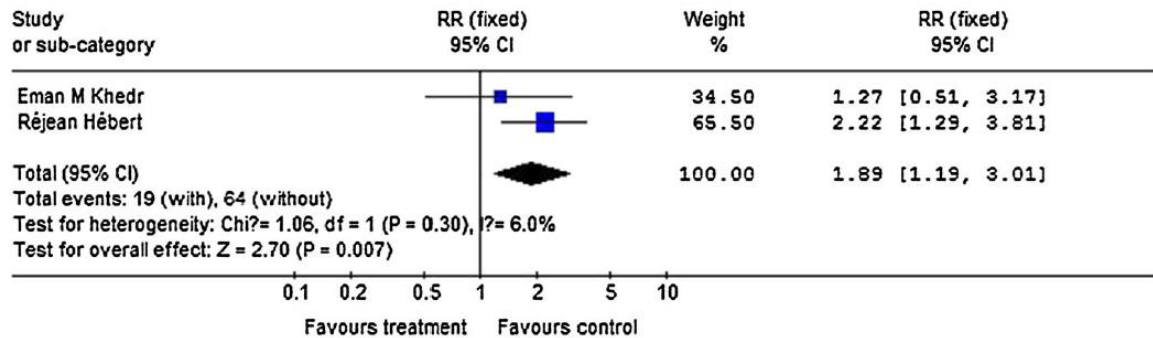
Correspondence to: Q. Xiao, E-mail: xiaoqian1956@126.com

Review: depression  
 Comparison: 01 Depression for dementia  
 Outcome: 01 depression for AD



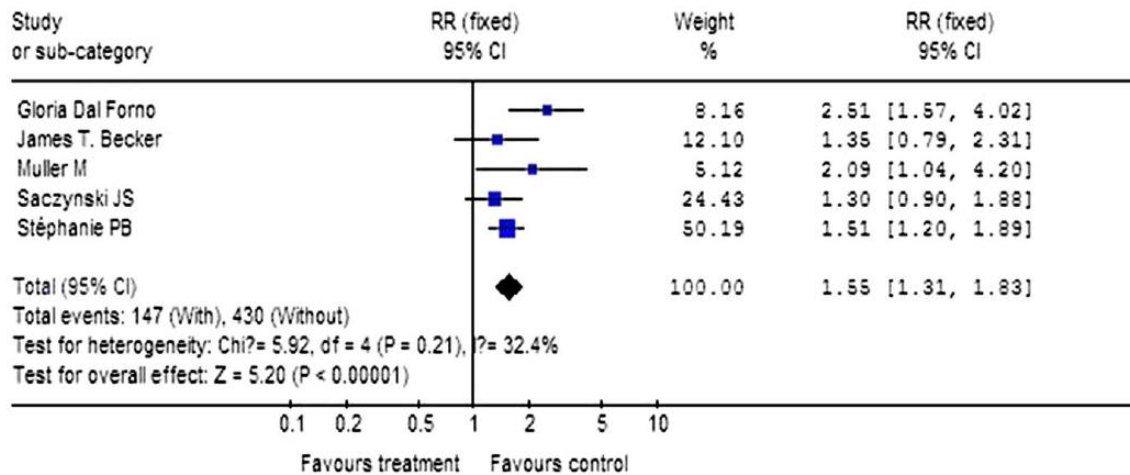
**Figure 1** Forest plot of relative risk (RR) from four studies comparing the incidence rates of Alzheimer’s disease between subjects with or without depression.

Review: depression  
 Comparison: 01 Depression for dementia  
 Outcome: 02 Depression for VD

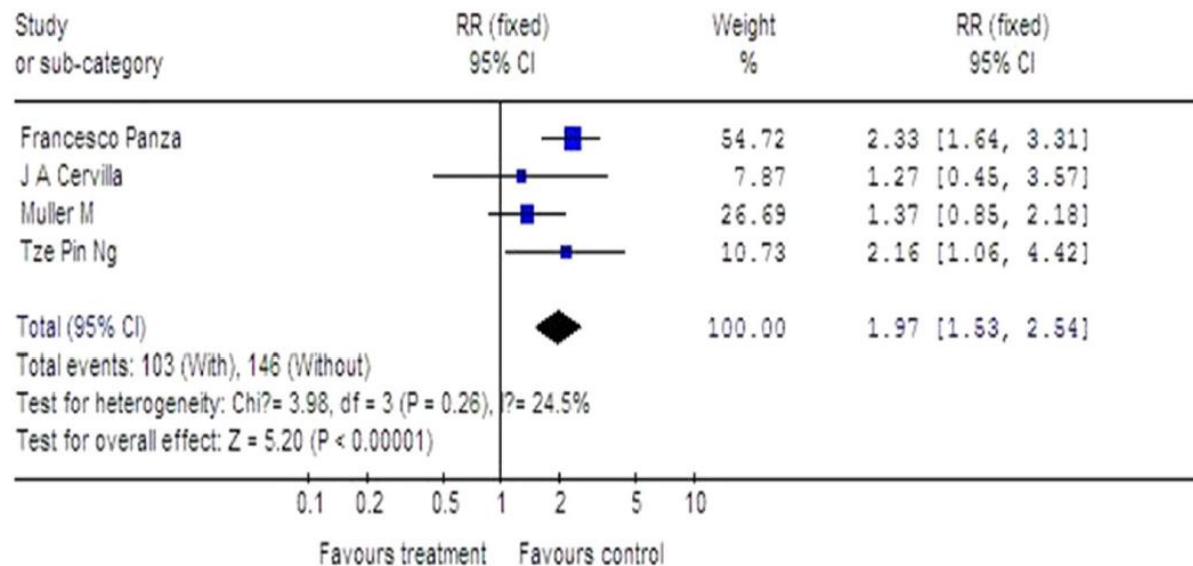


**Figure 2** Forest plot of relative risk (RR) from two studies comparing the incidence rates of vascular dementia between subjects with or without depression.

Review: depression  
 Comparison: 01 Depression for dementia  
 Outcome: 03 Dementia



**Figure 3** Forest plot of relative risk (RR) from five studies comparing the incidence rates of any dementia between subjects with or without depression.



**Figure 4** Forest plot of relative risk (RR) from four studies comparing the incidence rates of mild cognitive impairment between subjects with or without depression.

## Key points

- Subjects with depression had higher incidence of mild cognitive impairment than those without depression.
- Subjects with depression had higher incidence of any dementia including Alzheimer's disease and vascular dementia than those without depression.
- Depression was a major risk factor for incidence of dementia and MCI.

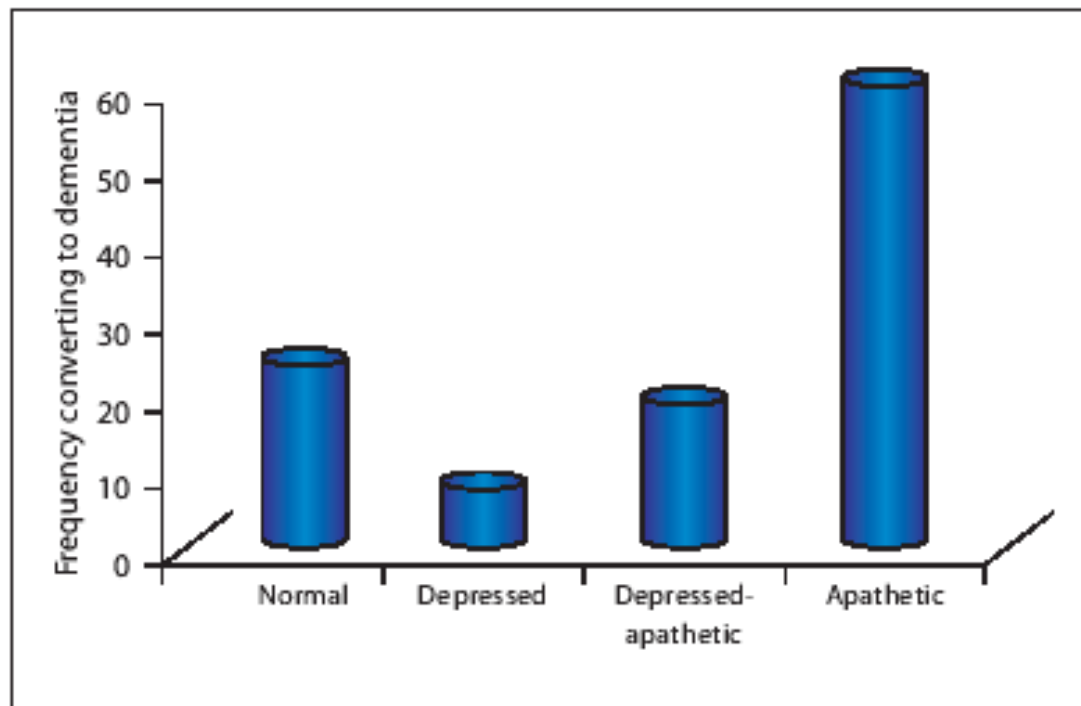
---

## **Differential Impact of Apathy and Depression in the Development of Dementia in Mild Cognitive Impairment Patients**

Barbara Vicini Chilovi<sup>a, c</sup> Marta Conti<sup>a</sup> Marina Zanetti<sup>a</sup> Ilenia Mazzù<sup>b</sup>  
Luca Rozzini<sup>a</sup> Alessandro Padovani<sup>a, c</sup>

<sup>a</sup>Department of Neurology, University of Brescia, Brescia, <sup>b</sup>Department of Neurology, Policlinico Universitario, Messina, and <sup>c</sup>Centro Universitario per i Disturbi del Comportamento e delle Malattie Neurodegenerative, EULO, Brescia, Italy

*Dement Geriatr Cogn Disord. 2009;27:390-8.*



**Fig. 1.** Frequency of *Converters* patients (developing dementia within 2 years from baseline) in a sample of 124 outpatients with mild cognitive impairment, subgrouped by absence of depression and apathy (Normal), presence of depression (Depressed), presence of depression and apathy (Depressed-apathetic), presence of apathy without depression (Apathetic). The frequency of *Converters* patients in the whole sample was 22.6%. The rates of progression were 24% for MCI normal, 7.9% for MCI depressed, 19% for MCI depressed-apathetic and 60% for MCI apathetic (Pearson  $\chi^2 = 0.000$ ).

EDITORIAL

## Blowing hot and cold over depression and cognitive impairment

Yonas E. Geda, MD, MSc

*Neurology*<sup>®</sup> 2010;75:12–14

**The association between late-life depression and cognitive impairment does not appear to be spurious.**

**However, there is insufficient evidence at present to support the hypothesis that depression has a direct causal relationship with subsequent dementia.**

## **Depressione e demenza: riflessi in uno specchio oscuro**

**Alcuni sintomi come la difficoltà di dormire e l'affaticamento sono di base così frequenti nella popolazione generale in risposta a una varietà di stress oppure associati a una malattia cronica e per niente affatto distintivi di depressione, normale o patologica. Individui senza depressione potrebbero raggiungere la soglia diagnostica come conseguenza della presenza di sintomi «depressivi» durante un periodo di normale tristezza ovvero di malattia somatica.**

## **Depressione e demenza: riflessi in uno specchio oscuro**

**La presenza di sintomi depressivi in pazienti con demenza è necessariamente una manifestazione di depressione o piuttosto la normale risposta ad una condizione svantaggiosa? Condizioni stressanti, malattia, ambiente possono produrre sintomi depressivi in persone normali e i sintomi depressivi che occorrono durante normali periodi di tristezza sono generalmente simili a quelli elencati nei criteri del DSM-IV che occorrono in una patologia depressiva.**

**Alcune persone sono per temperamento più sensibili e possono manifestare risposte più «vivide» di altre allo stress.**

**Il problema di distinguere se i sintomi fanno parte di una normale reazione depressiva oppure sono il risultato di una disfunzione depressiva rimane.**

## Depressione e demenza: riflessi in uno specchio oscuro

**Siamo di fronte a una malata di sessantotto anni che presenta sintomi di un certo indebolimento intellettuale: difetti di memoria, disorientamento parziale nel tempo (l'orientamento nello spazio resta relativamente ben conservato), disturbi di giudizio. Il comportamento della malata corrisponde a questo deficit. I disturbi durano da parecchi anni.**

Come tanti altri senili, la malata si rivela ancora capace di una certa attività adeguata, attività che si manifesta episodicamente e che si limita al presente, e riguarda inoltre unicamente le cose concrete dell'ambiente immediato.

Ella registra così tutti i minimi fatti recenti della vita quotidiana che si svolgono attorno a lei nella casa di cura: ci segnala spontaneamente il rumore fatto dal vicino di camera o sentendoci chiamare un'infermiera, ci dice di averla appena vista entrare in un certo padiglione. Pone tanta sollecitudine nel segnalare questi piccoli fatti, senza che ciò le venga chiesto, che finisce con l'infastidire tutti e si attira il soprannome di "portinaia".

*Il tempo vissuto, Eugène Minkowsky (1933)*

## Depressione e demenza: riflessi in uno specchio oscuro

**Il quadro clinico è dominato da un fondo depressivo. Piagnucola, si lamenta, si lagna di tutto. Riscontriamo in lei idee ipocondriache che arrivano fino a idee di negazione, a idee di rovina, a qualche idea di persecuzione: non ci vede più bene, non va più al gabinetto, non urina più, non ha più niente nel ventre, non vive più che di carta e stracci, ha il cervello vuoto, ha una fistola o un cancro al retto, il suo cervello diventa secco, non ha più idee, ha dell'acqua nel cervello, non ha più denaro, a parte i quattro soldi che ha in tasca, non ha indumenti oltre a quelli che indossa, non ha casa, nome, indirizzo, in una parola niente; le fanno dispetti, le avvelenano il vino che le viene servito a tavola, le danno sostanze che le fanno abbassare la vista; le infermiere sono tanto scorrette da fare questo, quantunque ella non abbia mai fatto del male a nessuno, non abbia niente da rimproverarsi; è la gente che ce l'ha con lei e che le reca danno.**

Queste idee deliranti non presentano in fondo nulla di molto particolare. Tutt'al più merita soffermarsi un momento sul fatto che tutte le lamentele della nostra malata si limitano al presente; la frase "va sempre peggio", così frequente nelle parole dei melanconici ipocondriaci e che contiene un fattore di durata, e così pure le idee di incurabilità o di minaccia di morte che comportano un elemento di avvenire, in lei non si riscontrano. Anche quando insistiamo con lei espressamente su questi punti, ella non eccede in questa direzione; quando le domandiamo se considera il suo stato come incurabile, ci risponde di non saperne niente, che noi siamo in grado di saperlo meglio di lei.

*Il tempo vissuto, Eugène Minkowsky (1933)*

## Depressione e demenza: riflessi in uno specchio oscuro

«Ci sono dei signori che hanno l'aria di partire. Tutti se ne vanno, mi lasciano con i malati. Che cosa vuole che faccia con quattro soldi. Non conosco neanche la stazione, né la ferrovia, non sono mai andata via da casa mia. (D. perché non resterebbe qui?) le infermiere se ne vanno, sento, dicono arrivederci. Poi la gente ha l'aria di traslocare».

Sono queste lamentele e non le idee comuni di natura ipocondriaca o di rovina e di persecuzione che danno al nostro caso un aspetto particolare. Tenteremo perciò di esaminarle più a fondo.

La loro struttura non sembra difficile da decifrare. Troviamo alla loro base:

- 1) un senso di impotenza;
- 2) l'impressione che l'ambiente se ne vada, si allontani in rapporto all'io (la gente ha l'aria di traslocare, di voler prendere il treno ecc.)
- 3) l'impressione, pur essendo sollecitata a spostarsi, a partecipare al movimento-ambiente, di essere incapace di farlo.

Non occorre insistere sul fatto che i fattori che abbiamo indicato sono, nelle parole della nostra malata, intimamente legati gli uni agli altri e formano, in fondo, un tutto indivisibile. Questo tutto si può ricondurre a un senso di sfasamento della propria vita in rapporto al divenire-ambiente e a un senso di impotenza che l'accompagna.

” A casa è dove si va quando  
non si ha niente di meglio da fare

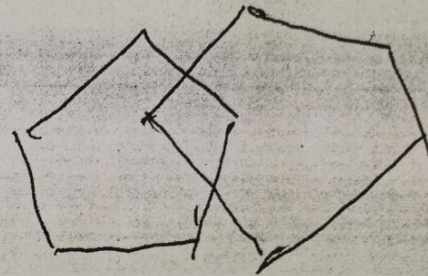
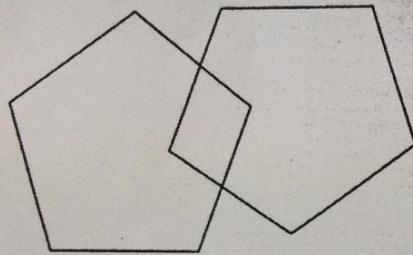
1991, sei mesi dopo le dimissioni

180

TANK

PUNTEGGIO COMPLESSIVO

26/30



La casa che mi sta ancora,  
sarebbe tanto bello

## Depressione e demenza: riflessi in uno specchio oscuro

- L'anziano con lieve deterioramento cognitivo (il tempo vissuto: il ricordo, la nostalgia, il rimpianto, il rimorso)
- Nelle fasi iniziali e in quelle intermedie della demenza (la diagnosi; patologia depressiva o fisiologica risposta allo stress del deficit mnesico?)
- **Nelle fasi avanzate della demenza (ciò che resta della capacità di sentire e della capacità di relazione; la depressione nella Demenza con corpi di Lewy)**

## Depressione e demenza: riflessi in uno specchio oscuro

**Cosa avviene, invece, nel franare della memoria calcolante, della memoria dei numeri e dei nomi, dei luoghi e degli eventi vicini e lontani?**

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

**(Eugenio Borgna, 2009)**

**-Usiamo l’NPI per verificare “dicotomicamente” la presenza o assenza di sintomi psicotici nel paziente affetto da decadimento cognitivo, provando a ricostruire un percorso, una storia (anamnesi): utilità nella fase diagnostica, per la programmazione e la verifica degli interventi, nonché per la programmazione dei servizi e la gestione delle risorse.**

**-Ansia, euforia, apatia, disinibizione, delirio, ecc..., «funzionano» nel sano, nella fase di gravità minore che nella demenza conclamata; la “rappresentazione gestuale” di questi sintomi, sia nell’individuo sano come pure nel malato, è identificabile, riconoscibile.**

**-La capacità di riconoscere il paziente con depressione si mantiene o si perde, scema, si disgrega? La manifestazione della depressione perde la sua caratteristica, la sua forma? Esiste una corrispondenza nella rappresentazione dei gesti?**

## **Depressione nell’NPI:**

### **“D. Depressione/Disforia**

**Il paziente sembra essere triste o depresso? Dice di sentirsi triste o depresso?**

**NO (se no, procedere con la successiva domanda di screening) SÌ (procedere con le seguenti domande)**

- 1. Il paziente ha dei periodi di malinconia o di pianto che sembrano indicare tristezza?**
- 2. Il paziente parla o si comporta come se fosse triste o giù di corda?**
- 3. Il paziente si abbatte o dice di sentirsi un fallito?**
- 4. Il paziente dice di essere una persona cattiva o si aspetta di essere punito?**
- 5. Il paziente sembra molto scoraggiato o dice di non avere speranze per il futuro?**
- 6. Il paziente dice di essere un peso per la propria famiglia o che la propria famiglia starebbe meglio senza di lui?**
- 7. Il paziente dice di desiderare la morte o dice di volersi uccidere?**
- 8. Il paziente presenta altri segni di depressione o di tristezza?”**

**Come può un CDR 3-4 con 10-12 di MMSE elaborare pensieri o analizzare situazioni che generano o si associano a depressione?**

**È ipotizzabile vi sia Depressione nella Demenza grave?**

**(....in questo senso possiamo dire che il ricordo del male è più statico del ricordo del bene; si fissa più a lungo a un fatto del passato e ci obbliga a soffermarvisi più a lungo?).**

## Dementia with Lewy bodies<sup>†</sup>

IAN G. McKEITH

**Table 1** A comparison of clinical symptoms in Alzheimer's disease and dementia with Lewy bodies

	Dementia with Lewy bodies		Alzheimer's disease	
	At presentation (%)	Ever (%)	At presentation (%)	Ever (%)
Dementia	82 (40–100)	100	100	100
Fluctuation	58 (8–85)	75 (45–90)	6 (3–11)	12 (5–19)
Visual hallucinations	33 (11–64)	46 (13–80)	13 (3–19)	20 (11–28)
Auditory hallucinations	19 (13–30)	19 (0–45)	1 (0–3)	4 (0–13)
Depression	29 (7–75)	38 (12–89)	16 (9–38)	16 (12–21)
Parkinsonism	43 (10–78)	77 (50–100)	12 (5–30)	23 (19–30)
Falls	28 (10–38)	37 (22–50)	9 (5–14)	18 (11–24)
Neuroleptic sensitivity	61 (0–100)		15 (0–29)	

Figures show mean (range). Based upon 261 cases of Alzheimer's disease and 190 cases of dementia with Lewy bodies, with autopsy confirmation of diagnosis.

**TÈRAPIA ADRIANA**

Colazione : ZARELIS = VENALAFLOXINA 75 mg 1  
 TRITICO 35 gtt → 30  
MADOPAR 150 mg 1 capsula

Ore 9<sup>00</sup>/9<sup>30</sup> : PROMETAZINA 1 capsula ~~13/04~~

Ore 10<sup>30</sup> : TRITICO 35 gtt → 30

PRANZO : TRITICO 35 gtt → 30

Ore 14<sup>00</sup> : CIUTRON 20 gtt

Ore 15<sup>00</sup> : TRITICO 35 gtt → 30

Ore 18<sup>00</sup> : TRITICO 35 gtt → 30

Ore 20<sup>00</sup> : TRITICO 35 gtt → 30  
 MEMAC 10 mg 1 comp.  
 EBIXA 10 mg 1 comp.  
 MADOPAR 150 mg 1 capsula

## Demenza con corpi di Lewy

La signora Adriana ha 71 anni. Vedova da due anni. La malattia LBD è insorta circa 8 anni fa.

Attualmente CDR4. E' assistita quotidianamente da una badante e due giorni alla settimana dalla figlia infermiera.

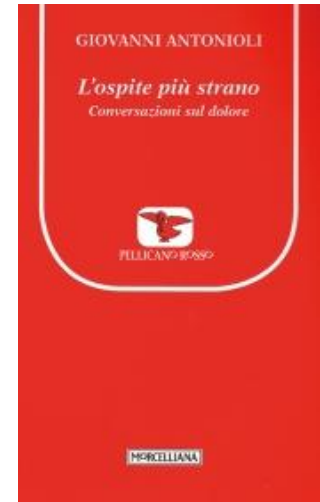
«Se non riesco a prevenire le crisi con il trazodone, la mamma piange disperatamente, in modo irrefrenabile, come un bambino, per ore e ore».

(... in questo senso possiamo dire che il ricordo del male è più statico del ricordo del bene; si fissa più a lungo a un fatto del passato e ci obbliga a soffermarvisi più a lungo?)

**Come dice Horace (OZ) un paziente con la demenza è «un corpo e uno spirito senza io».**

**Giovanni Antonoli (1917-1992)**  
***Parroco di Ponte di Legno***

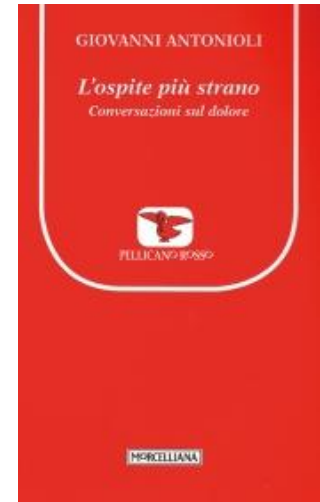
**L'ospite più strano**  
**Conversazioni sul dolore (2012)**



**Mi ha sempre colpito il modo con cui i mistici tedeschi sapevano liberarsi dal proprio io. Ho visto in questo uno dei modi più efficaci per controllare la propria sofferenza. Più il nostro io ingigantisce, più diventa incontrollabile e mostruosa la sofferenza. Infatti le sofferenze più tormentose e meno spiegabili sono quelle che colpiscono il nostro io.**

**Giovanni Antonoli (1917-1992)**  
***Parroco di Ponte di Legno***

**L'ospite più strano**  
**Conversazioni sul dolore (2012)**



**Tra questi mistici, emana più luce il Maestro Eckhart e spinge tanto in alto sulla strada del distacco così da poter trascendere ogni dolore. E' questo mistico che insegna il distacco dall'io, perché' senza questo distacco non vale nulla distaccarsi dai beni terreni e dagli onori. Egli conclude i suoi insegnamenti dicendo che l'uomo capace di rinnegare se' stesso, avrà il potere di cantar vittoria su ogni sofferenza.**

**L'universo è senza perché. "La rosa, dice Angelo Silesio, fiorisce senza domandarsi: perché?" Così noi quando soffriamo, se ci domandiamo: perché? Non risolviamo il nostro dolore. Dobbiamo avere il coraggio di vivere senza perché, convinti che i nostri schemi mentali non fanno altro che complicare il dramma del dolore.**