



*Renzo Rozzini, Angelo Bianchetti & Marco Trabucchi*  
*I VECCHI E LA DEPRESSIONE*  
*Critical Medicine Publishing, Roma 2007*

## Introduzione

Introdurre un libro sulla depressione nell'anziano comporta una dichiarazione da parte degli autori sulle motivazioni più o meno razionali che hanno indotto alla stesura di queste pagine, nonché alla scelta degli argomenti da trattare e dei relativi contenuti.

L'impresa non è facile perché si rischia di oscillare tra affermazioni formali -prevalente riferite alla letteratura- e considerazioni dettate dall'esperienza -spesso difficile- del rapporto con persone anziane affette da depressione. E' -d'altra parte- l'immagine del continuo oscillare tra medicina basata sull'evidenza e medicina narrativa, che si riflette anche nella mente del medico, sempre alla ricerca di un equilibrio tra le classificazioni prodotte da gruppi di esperti, gli studi condotti con metodologia rigorosa, i risultati oggettivi e l'esperienza personale, o anche riferita all'interno delle equipe di lavoro, riguardante la sofferenza del vecchio e le possibilità empiriche di ottenere un lenimento del dolore della mente.

Nonostante queste incertezze, non vogliamo sottrarci al dovere di esplicitare al lettore le linee di fondo delle nostre scelte, per chiarezza nei suoi riguardi, perché un libro sulla depressione nell'anziano è diverso da un volume sulla genetica del tumore del colon...

Condividiamo con il lettore una preoccupazione ed una certezza: "i poveri saranno sempre in mezzo a voi". La medicina (specchio della nostra società e talvolta anche lente di ingrandimento dei suoi problemi) non arriverà mai a costruire l'uomo perfetto, sano a qualsiasi età. Probabilmente riuscirà invece a costruire qualche mostro. In questa prospettiva la certezza del dovere di curare ci rende scettici di fronte alle chimere di soluzioni definitive e quindi attenti a tutti i luoghi dove ancora i "poveri" trovano casa (o, troppo spesso, anche se vecchi, non trovano casa!). Ciò non significa essere lontani dall'idea di un progresso possibile, che coltiviamo con impegno, ma vogliamo essere lontani da qualsiasi proposta che giustifichi i mezzi per raggiungere un obiettivo slegato dai veri bisogni. In geriatria il fine non giustifica mai i mezzi.

Il primo motivo che ispira questo volume è la profonda compassione che proviamo nei riguardi dell'anziano che ha perso la forza della vita.

Pensiamo alle persone depresse che abbiamo incontrato in lunghi anni di lavoro: alla sofferenza dell'ammalato cronico e disabile, a quella associata a malattie rapidamente progressive come il cancro; pensiamo alla sofferenza di chi sta perdendo la memoria e a quella di chi gli vive accanto per aiutarlo; pensiamo alla sofferenza legata alla decrepitezza senile: ogni cosa è un problema, vengono meno gli stimoli che davano piacere, diventano difficili le cose normali; pensiamo alla sofferenza del lutto per la perdita del coniuge, del figlio, di un amico e alla depressione di una persona dal carattere sempre lamentoso, verso la quale è difficile persino provare comprensione; pensiamo alla sofferenza causata dalla vergogna per le crisi familiari, al dolore della solitudine e dell'abbandono; pensiamo alla sofferenza provocata dalla malvagità umana, di fronte alla prova della crudeltà raccapricciante che gli uomini sono capaci di commettere ai danni di altri esseri umani.

Noi che abbiamo sempre creduto nella dignità di ogni vivente, concreta, carnale, immediata restiamo colpiti dal dolore intimo e profondo di chi non è più in grado di andare avanti nella vita. Certo, qualcuno potrebbe ritenere che -grazie ai neuroni specchio del nostro cervello- veniamo colpiti da un dolore che rischia di diventare nostro, attenti come siamo anche ai segnali del nostro personale invecchiamento, del quale la sintomatologia depressiva è un epifenomeno

particolarmente incisivo. Anche fosse davvero così, il medico deve imparare a lavorare anche con le proprie emozioni! La compassione verso l'anziano depresso trova infine un momento di particolare drammaticità di fronte alla perdita di speranza degli ultimi giorni di vita, quando non è più il sintomo al centro del problema clinico, ma la morte è al centro di ogni attenzione del paziente e del suo curante.

Un secondo motivo è rappresentato dalla diffusione del fenomeno. Nel tempo delle passioni tristi, della crisi dei supporti religiosi e ideologici che fino al recente passato davano significato alla vita, oggi il timore della decadenza, le difficoltà ambientali, le malattie del corpo si infrangono sulla psiche dell'anziano senza mediazioni e speranze compensatorie. Così la sofferenza depressiva si espande sempre di più, allargandosi tra le persone vecchie come un'epidemia di dolore che non sembra facile arrestare, e che -come tutte le epidemie- impressiona per la facilità con la quale si diffonde. Vi sono luoghi come le case di riposo dove la sofferenza si concentra per motivi facilmente comprensibili, ma dove purtroppo è difficile compiere un lavoro di cura realmente efficace, perché le condizioni di convivenza segnano negativamente la vita più di quanto possa fare in positivo un farmaco o un intervento di supporto. La rinuncia ad ottenere risultati significativi in questi luoghi di vita sofferente è un atto di realismo o un momento di debolezza, che forse in futuro potrebbe esserci rimproverato, perché abbiamo accettato lo status quo senza metterne in atto un rifiuto creativo?

Un terzo motivo è costituito dall'interesse culturale e scientifico per il tema delle depressione in età avanzata, perché mancano punti di riferimento precisi riguardo alla patogenesi e si è costretti a trovarne le cause all'interno delle precarie informazioni sulla biologia dell'encefalo che invecchia, sulle possibili determinanti genetiche e sulla presenza di fattori di rischio che tendono ad aggregarsi, aumentando esponenzialmente il loro peso. Sotto l'apparente spesso tragica linearità della sintomatologia depressiva si cela la complessità delle cause che divengono motivo di profondo interesse per lo studioso che sente il dovere di confrontare continuamente le ipotesi costruite teoricamente con la ricchezza, la complessità e la difficoltà del rapporto con il singolo ammalato e la fenomenologia sempre difforme del suo soffrire. Vi sono condizioni cliniche nelle quali la complessità clinica e interpretativa raggiunge livelli particolarmente elevati: si pensi, ad esempio, alla persona affetta da demenza che è anche depressa. Cosa significa sul piano clinico la sofferenza di una mente che ha perso la capacità di rapporto con il mondo esterno e di lucida comprensione degli eventi? Ma è davvero una depressione in senso umanamente significativa o solo una condizione di apatia, che coinvolge in modo più superficiale la persona colpita?

Un'altra ragione che sta alla base del volume è l'interesse per i trattamenti farmacologici, la cui efficacia è talvolta discussa nei lavori randomizzati e controllati, ma che nella realtà costituiscono un punto fermo irrinunciabile, come ben sa chi si avvicina ogni giorno al vecchio depresso. Perché questa discrepanza? Il porsi il problema è di per sé un inizio significativo, perché vuol dire riconoscere il valore di atti non solo biologici, ma fondati su un rapporto tra persone, come dovrebbe sempre essere quello terapeutico. Il riconoscimento stesso di questo valore porta a valutare anche la difficoltà concreta di metterlo in atto nelle nostre realtà di cura. Ma il rapporto significativo con il paziente depresso resta una prerogativa solo del medico particolarmente sensibile e colto? Come fare per diffondere una preparazione che sappia comprendere il significato terapeutico di un rapporto significativo medico-paziente?

L'attenzione ai trattamenti farmacologici pone anche il problema delle mancate diagnosi e del sottotrattamento che secondo molti report -per lo più aneddotici- sarebbero largamente diffusi. Gli autori di questo volume sono testimoni di una realtà diversa, perché nell'ASL di Brescia dove lavorano vi è una percentuale di ultrasessantenni che riceve una prescrizione di antidepressivi che raggiunge il 20%. Non vi è quindi né sottodiagnosi né sottotrattamento. Ma forse -sostiene qualcuno- la zona di Brescia è particolarmente fortunata, per la presenza di numerosi geriatri che...capiscono la sofferenza del vecchio e sanno quando è opportuno instaurare un trattamento farmacologico.

L'attenzione agli aspetti terapeutici ci ha reso sensibili ed aperti a qualsiasi proposta venga indicata perché capace di lenire le sofferenze della persona vecchia depressa. Partiamo da una considerazione di fondo, cioè che nell'anziano fragile -come è fragile chi è dominato dall'angoscia- anche piccoli guadagni nella condizione clinica ed umana possono avere oggettivamente un grande significato. Ciò induce ad essere curiosi ed attenti, purché si abbia l'onestà di sottoporre ogni nuova proposta ad una valutazione seria dell'efficacia.

Gli autori desiderano ringraziare il lettore che vorrà comprendere le motivazioni soprariportate e quindi scusare nello studio del testo eventuali errori, mancanze, eccessive enfaticizzazioni. Il lettore però avrà intuito che queste lacune sono il frutto di una scelta di campo che impedisce la perfezione asettica, perché è immersa nelle crisi della vita.

Per tutti questi motivi il volume è solo l'occasione per un inizio, sperando che il tempo permetta ad un numero sempre più grande di medici di diventare esperti della sofferenza del vecchio, cioè davvero medici della persona.