



**UNIVERSITÀ GIUSTINO FORTUNATO**  
D.M. 13 aprile 2006 - G.U. n° 104 del 6/05/2006 - TELEMATICA



**UniforJob**  
ACADEMY



**Accademia Eraclitea**  
ENTE DI RICERCA E DI ALTA FORMAZIONE ACCREDITATO

# Master Universitario di primo livello in “Deglutologia geriatrica” A.A. 2023/24

# Depressione, solitudine ed alimentazione nell'anziano

Antonella Puzella

Psichiatra

Psicoterapeuta cognitivo- comportamentale e relazionale-sistemica

Didatta SITCC (Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva)

# Obiettivi

- Fornire una panoramica sulla depressione in generale e negli anziani.
- Identificare i segni e i sintomi della depressione in questa fascia di età.
- Esaminare le cause e i fattori di rischio
- Spiegare la connessione tra depressione ed alimentazione
- Tecniche di relazione con il paziente anziano

# Longevi ed anziani fragili

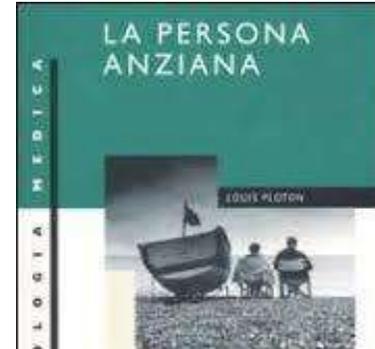
- **La terza età diventa sempre più una specie di... "quarta età".**
- **... soprattutto ,cresce in quantità, perché la qualità della vita purtroppo non viaggia di pari passo col numero degli anni:**



- Gli anziani sono concentrati soprattutto nei nostri piccoli comuni (fino a cinquecento abitanti, ndr) e nei centri storici. Su cinque donne che muoiono, una ha novanta o più anni. E gli ultracentenari sono circa 4000 in tutt'Italia».



# Adattamento e III età



- Come ci ricorda Ploton, psichiatra francese e grande conoscitore dei processi dell'invecchiamento, «in funzione della loro identità gli individui tentano di adattarsi gli uni agli altri, la dinamica delle loro interazioni è destinata a costituire, per ciascuno di essi, una fonte di condizionamenti esterni che li sollecitano, nel gioco dei reciproci adattamenti, in base alle regole omeostatiche dei loro gruppi di appartenenza».

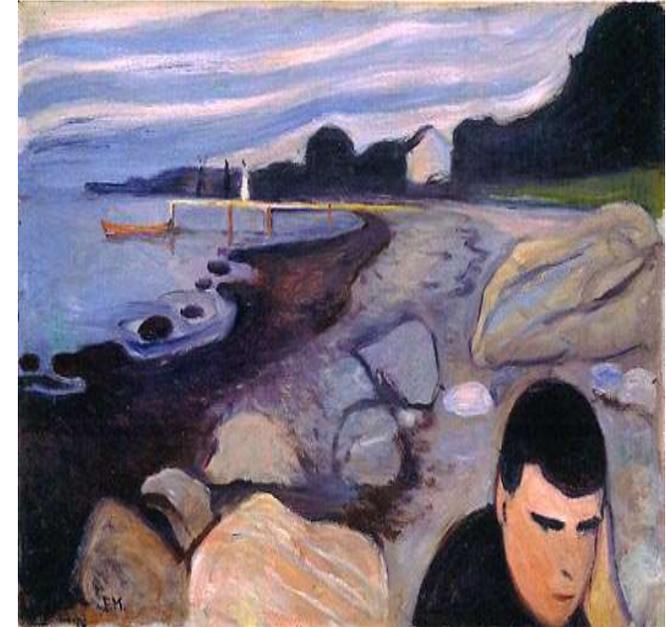
# Disturbi dell'adattamento

ansia, depressione, stress  
e disturbi del sonno



# Depressione

- È la riduzione delle attività
- La depressione psichica è una condizione di riduzione delle attività psichiche, ma si ripercuote anche sul soma (ad es., rallentamento psicomotorio, ridotta efficienza dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene)
- Può essere secondaria ad eventi traumatici o stress protratto, a processi morbosi (ad es., demenza) o legata alla visione del mondo (depressione esistenziale)
- Il paziente depresso presenta una riduzione del tono dell'umore, disperazione, abbattimento, senso di solitudine, sensazione di non poter ricevere aiuto (inautabilità-helplessness), ridotte capacità prestazionali, a volte ansia o agitazione, il flusso del pensiero può essere coartato o rallentato e qualche volta possono essere presenti deliri, in genere di colpa o di rovina



**Edvard Munch**  
(Løten, Norvegia, 12-12-1863-Ekely, Oslo, 23-1-1944)  
**Melankoli** (1892-3)  
(Olio su tela, Munch Museet, Oslo)

# PSICOPATOLOGIA DELL' AFFETTIVITÀ

- Umore depressivo-depressione
- Stato ipertimico-mania
- Umore irritabile-disforia
- Labilità affettiva-stato misto
- Paralisi acuta del sentimento o stupore emotivo
- Dissociazione affettiva
- Apatia-anedonia
- Sentimento di mancanza di sentimento
- Ambivalenza affettiva
- Fobia-paura
- Ansia-angoscia

## UMORE

**Disposizione affettiva abituale, cioè lo stato affettivo di base, caratteristico e tipico di una persona nel corso del tempo; l'umore fondamentale va distinto da stati temporanei dell'umore, comportanti modificazioni del consueto umore di fondo, dovuto a fattori diversi (alcool, sostanze psicotrope, ecc.) o ad eventi più o meno piacevoli o spiacevoli**



# DEPRESSIONE

Caratterizzata da riduzione del tono dell'umore

- L'umore di fondo è lo stato affettivo abituale
- Può essere soggetto a modificazioni temporanee in rapporto a stimoli esterni o ad uso di sostanze psicotrope
- Nella depressione abbiamo spesso una riduzione delle attività psichiche e fisiche

# DEPRESSIONE: caratteristiche

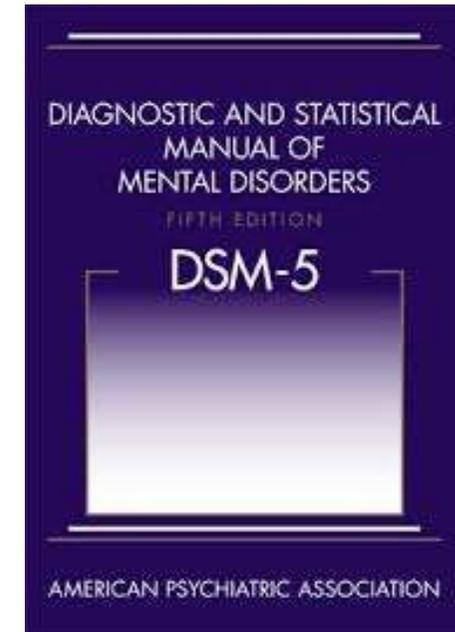
- Riduzione del tono dell'umore
- Senso di abbattimento e disperazione
- Anedonia e perdita di interesse
- Astenia
- Riduzione dell'appetito, perdita di peso, insonnia
- Senso di inaiutabilità
- Possono essere presenti ansia e agitazione
- Difficoltà di concentrazione e ridotte prestazioni
- Oppressione, faticabilità, rallentamento del pensiero, senso di colpa...

# DEPRESSIONE: un male sotto-diagnosticato

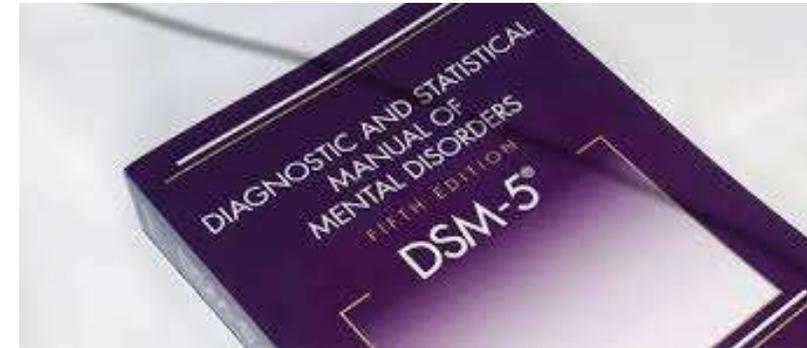
- Molte persone che ne sono affette non vengono curate per:
  - Mancata diagnosi
  - Ignoranza
  - Vergogna della propria condizione

# Secondo il DSM-5 i disturbi depressivi dell'anziano:

- il disturbo depressivo maggiore,
- il disturbo depressivo persistente (distimia),
- il disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci,
- il disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica,
- il disturbo depressivo non altrimenti specificato,
- il disturbo depressivo senza specificazione.



# Depressione Maggiore I



- Caratteristiche: umore depresso anedonia, apatia;
- Sistema neurovegetativo: appetito, sessualità, sonno;
- Sintomi somatici e cognitivi, ridotta capacità di funzionamento dell'individuo.
- Il disturbo depressivo maggiore è caratterizzato da episodi distinti della durata di almeno due settimane con modificazioni affettive, cognitive e delle funzioni neurovegetative.
- Possono esserci remissioni.
- Si può porre diagnosi sulla base di un singolo episodio; nella maggior parte dei casi il disturbo è ricorrente.

# Depressione Maggiore II

- La depressione maggiore può essere a esordio precoce o a esordio tardivo, cioè dopo i 50 anni.
- In quella a esordio tardivo i sintomi frequenti sono: apatia, deficit neuropsicologici (inclusa la disfunzione esecutiva), alterazioni della psicomotricità.



Naismith SL, Norrie LM, Mowszowski L, Hickie IB. The neurobiology of depression in later-life: clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathophysiological features. *Prog Neurobiol* 2012; 98: 99-143.

# Depressione e demenza

- Nell'anziano depresso, in assenza di demenza, sono spesso presenti lievi deficit cognitivi quali difficoltà di concentrazione e deficit delle funzioni esecutive, nonché rallentamento ideo-motorio.
- I sintomi depressivi possono essere il sintomo sentinella di una successiva evoluzione in demenza.

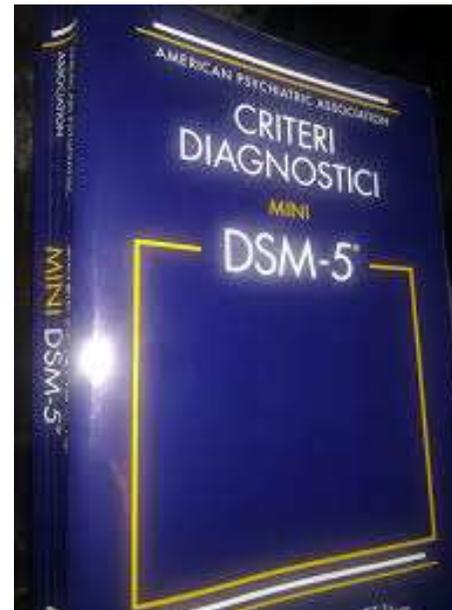
Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, et al. Practice parameter: early detection of dementia: Mild Cognitive Impairment (an evidence-based review). *Neurology* 2001; 56: 1133-42.

- La depressione con sintomi psicotici è caratterizzata da: deliri e allucinazioni con temi di rovina e colpa, contenuti congrui all'umore mentre contenuti incongrui sono temi di ipocondria, gelosia e talora persecuzione.



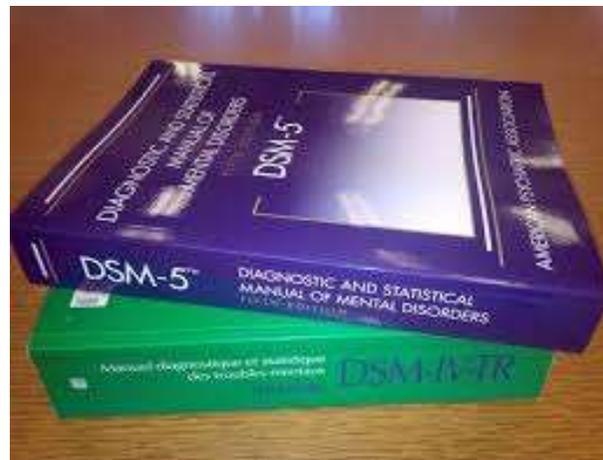
# Depressione maggiore dell'anziano

- Gli anziani presentano in modo più evidente: maggiore ansia e agitazione, disturbi del sonno, maggiore ipocondria e sintomi somatici
- Meno evidenti sono i vissuti di colpa e la perdita di interesse sessuale .



# Depressione sotto-soglia

- Si tratta di tutte quelle forme depressive che si caratterizzano per un numero o una durata di sintomi insufficienti a raggiungere il livello di una delle diagnosi formali del DSM-5, con sofferenza soggettiva e compromissione del funzionamento sociale.



# Depressione sotto-soglia: clinica

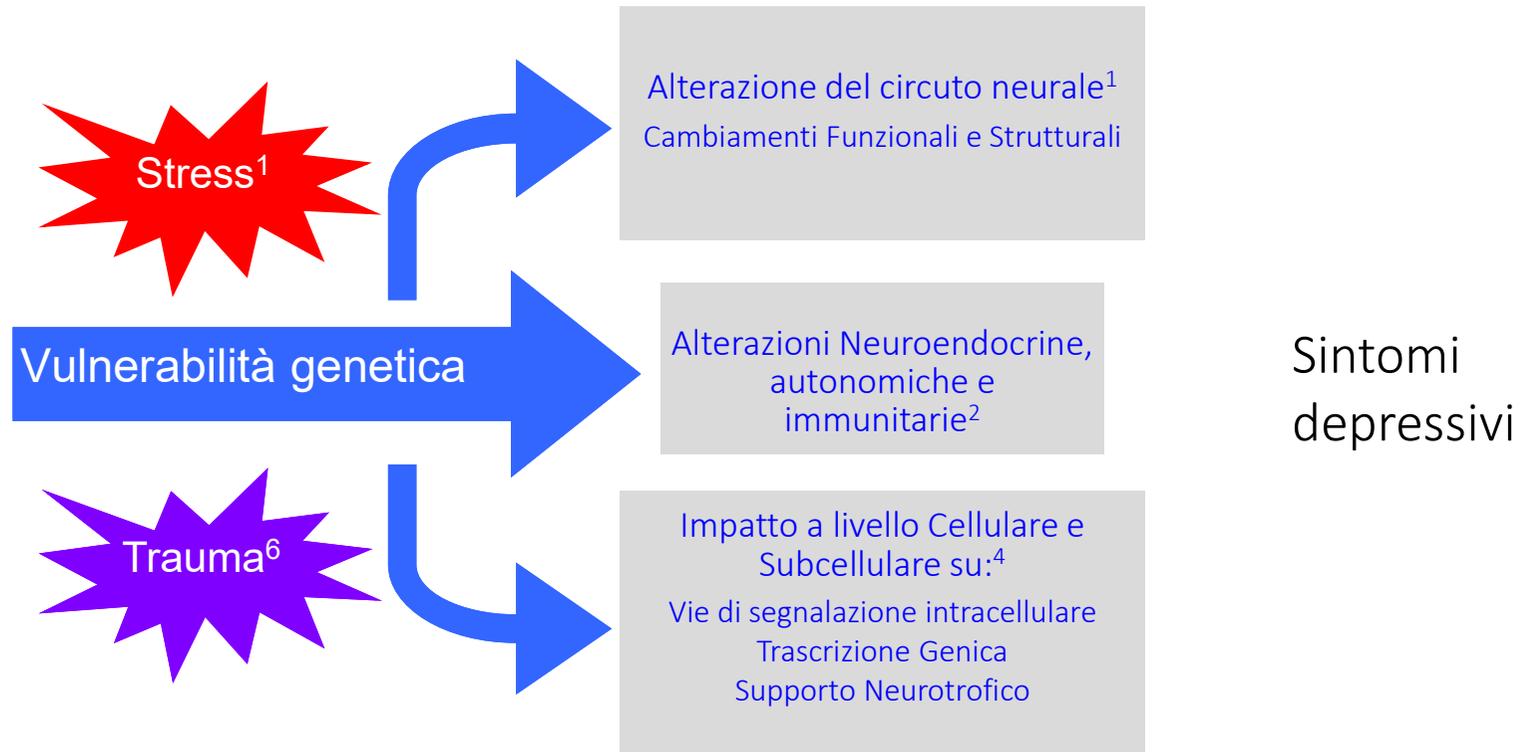
- Variabile a seconda di campioni e di diversi strumenti di misurazione; l'anedonia, la tristezza, l'apatia, l'insonnia e l'ansia/agitazione possono rivestire il ruolo chiave.
- I disturbi del sonno possono essere tra i sintomi più evidenti



Judd LL, Rapaport MH, Paulus MP, Brown JL. Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? J Clin Psychiatry 1994; 55 Suppl: 18-28.

# EZIOLOGIA DELLA DEPRESSIONE

---



---

1. Sheline YI, et al. Biol Psychiatry. 2001;50:651–658. 2. Raison CL, et al. Trends Immunol. 2006;27:24–31. 3. Gatt JM, et al. J Integr Neurosci. 2007;6:75–104. 4. Carlson PJ, et al. NeuroRx. 2006;3:22–41. 5. Drevets WC. Curr Opin Neurobiol. 2001;11:240–249. 6. Blackburn-Munro G, et al. J Neuroendocrinol. 2001;13:1009. 7. American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR; 2000:352,356.

*C'è un legame stretto tra depressione, ansia ed insonnia*



- Diversi studi epidemiologici documentano che oltre la metà degli anziani depressi presentano concomitanti sintomi d'ansia e nella pratica clinica ciò appare largamente confermato

Byers AL, Yaffe K, Covinsky KE, Friedman MB, Bruce ML. High occurrence of mood and anxiety disorder among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry 2010; 67: 489-96.

- L'ansia è l'anticipazione di una minaccia futura, a differenza della paura che è la risposta emotiva ad una minaccia imminente





- L' amigdala elabora l' informazione sensoriale incanalandola verso l' ipotalamo ed il tronco encefalico
- Riceve afferenze dalla corteccia, dall' ipotalamo e dal talamo sensoriale (afferenze organi di senso)
- Paura in paradigmi sperimentali di stimolo-risposta condizionata
- Potenziamento a lungo termine come in ippocampo
- L' ippocampo sembra legato al contesto
- Problemi in relazione ad altre emozioni

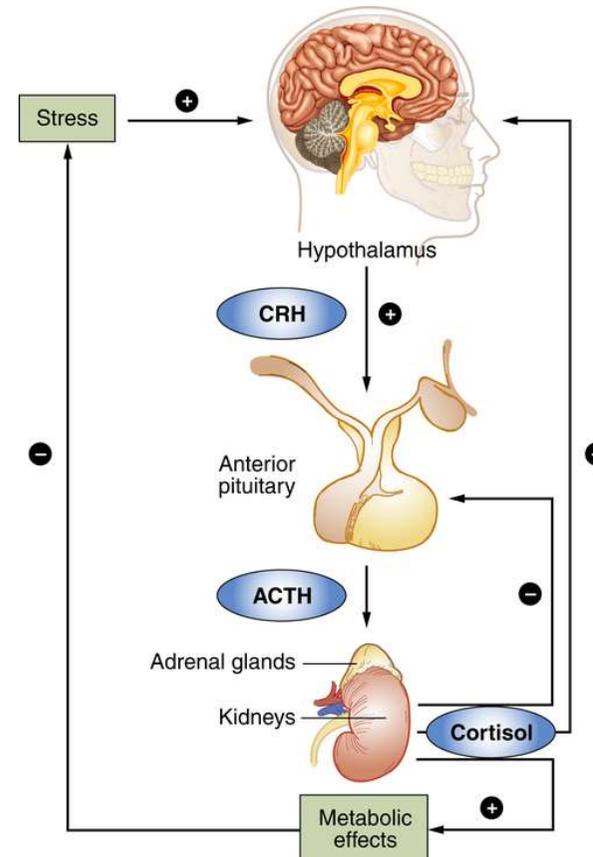


## Ansia normale e patologica

- L'attivazione è un processo adattativo finalizzato al superamento di una condizione sfavorevole per l'individuo; quanto maggiore è il livello della minaccia, tanto maggiore sarà il livello di attivazione e tanto maggiore è la probabilità che si verifichi ansia
- Tale ansia tende a cessare una volta superata la situazione
- Se vi è ritardo nello spegnersi del meccanismo, il soggetto è a rischio di sviluppo di ansia persistente
- Nel caso in cui la risposta di attivazione persiste oltre il superamento della situazione temuta, l'ansia tende a diventare patologica
- Infatti, l'iperattivazione funzionale continua logora l'organismo e compromette le abilità prestazionali
- Nel lungo termine, può residuare depressione che è diversa dalla condizione depressiva esistenziale

# ANSIA ED ASSE IPOTALAMO IPOFISARIO

- In risposta ad un fattore stressante viene rilasciato l'ormone corticostimolante che attiva la secrezione di ormone corticotropo, il quale stimola la produzione di ormone adrenocorticotropo, questo stimola le ghiandole surrenali a secernere cortisolo ed attiva diverse risposte simpatiche tramite l'adrenalina
- Il cortisolo è anche implicato nei ritmi circadiani



# Cortisolo e ritmi circadiani

Picco Cortisolo al mattino → attivazione a livello cerebrale di sinapsi glutamatergiche (legate all'apprendimento)

Riduzione Cortisolo la sera → preparazione del cervello al sonno

Sonno → produzione di melatonina → spegne sinapsi eccitatorie e stimola la sintesi di fattori trofici

*Un legame stretto tra ansia, depressione ed  
insonnia*





# INSONNIA

Il termine insonnia definisce l'esperienza soggettiva del paziente di un sonno insufficiente o di scarsa qualità.

- Deve essere sempre diagnosticata quando il paziente la riferisce spontaneamente
- Deve essere sempre indagata in concomitanza di patologie psichiatriche, internistiche e utilizzo di terapie comuni o farmaci d'abuso

# INSONNIA E DEPRESSIONE

- La frequenza di insonnia tra i pazienti con depressione è stimato tra il 67-84%
- La frequenza (tasso) di depressione tra i pazienti insonni è simile
- I depressi che presentano insonnia hanno sintomi depressivi più gravi



# Sonno nell'anziano



# Insonnia III età

- L'età avanzata è il principale fattore singolo associato all'insonnia.
- Alterazioni dei sistemi regolatori e fisiologici, disturbi del sonno primari, disturbi mentali, condizioni mediche generali, fattori sociali ed ambientali (avanzamento di fase di sonno)
- Alcol, ipnotici ed altri farmaci



# Trattamenti dell'insonnia, ansia e depressione

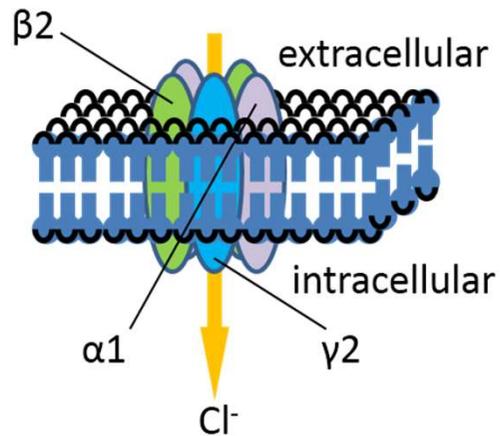
- A volte ci sono terapie non adeguate
- Le benzodiazepine ci fanno addormentare ma il sonno non segue le sue fasi naturali
- Le benzodiazepine sono efficaci sull'ansia ma a breve termine
- Le benzodiazepine si utilizzano nella depressione in co-terapia con i farmaci efficaci nel trattamento del disturbo
- I trattamenti sono molteplici ma l'intervento deve essere incisivo e di durata adeguata

# Benzodiazepine (BDZ)

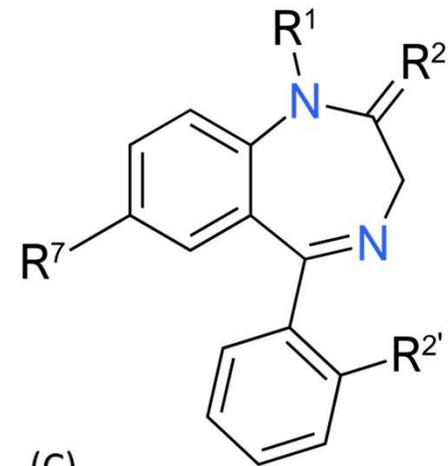
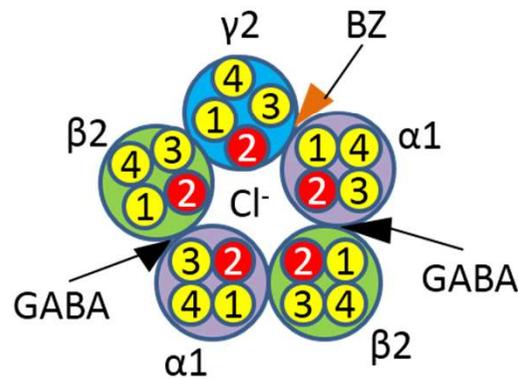
Le BDZ, a seconda della loro affinità di legame per le diverse isoforme del recettore del GABA, possono avere attività:

- Ansiolitica;
- Ipnoinducente;
- Miorilassante;
- anticonvulsivante

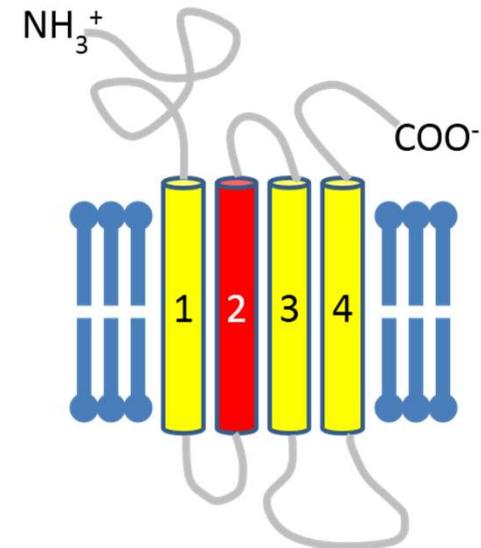
(A)



(B)



(C)



# Depressione ed alimentazione

- **Ruolo dell'Alimentazione nella Salute Mentale:**

- Relazione bidirezionale tra dieta e depressione.
- «La psichiatria nutrizionale».

- **Nutrienti e Umore:**

- Omega-3: fonti alimentari e benefici per la salute mentale.
- Vitamine del gruppo B (in particolare B6, B9, B12): fonti e impatto sull'umore.
- Minerali (zinco, magnesio): ruolo nella funzione cerebrale.
- Antiossidanti (vitamine C ed E): protezione dallo stress ossidativo.

# Psichiatria nutrizionale I

- è un campo emergente della psichiatria che studia l'interazione tra dieta, nutrizione e salute mentale. Questo approccio riconosce che ciò che mangiamo non influisce solo sul nostro benessere fisico, ma ha anche un impatto significativo sulla nostra salute mentale e sul funzionamento del cervello.

# Psichiatria nutrizionale II

- **Interazione Bidirezionale tra Dieta e Salute Mentale:**

- La dieta può influenzare l'umore, l'energia, la cognizione e il comportamento.
- Le condizioni di salute mentale possono influenzare le scelte alimentari e i modelli di dieta.

- **Ruolo dei Nutrienti Essenziali:**

- Nutrienti specifici, come vitamine, minerali, acidi grassi essenziali e aminoacidi, sono cruciali per il funzionamento ottimale del cervello.
- La carenza di questi nutrienti può contribuire allo sviluppo o all'aggravamento di disturbi mentali.

- **Microbiota Intestinale e Asse Intestino-Cervello:**

- Il microbiota intestinale, la comunità di microrganismi che vive nel nostro tratto digestivo, gioca un ruolo fondamentale nella regolazione dell'umore e del comportamento.
- L'asse intestino-cervello è la comunicazione bidirezionale tra il sistema nervoso centrale e il sistema nervoso enterico, influenzata dal microbiota.

# Psichiatria nutrizionale III

- **Studi Epidemiologici:**

- Numerosi studi epidemiologici hanno trovato correlazioni tra diete di alta qualità, come la dieta mediterranea, e una minore incidenza di depressione e ansia.
- Al contrario, diete ricche di zuccheri, grassi saturi e alimenti processati sono state associate a un aumento del rischio di disturbi mentali.

- **Interventi Dietetici:**

- Alcuni studi clinici hanno dimostrato che modificare la dieta può migliorare i sintomi della depressione e dell'ansia. Ad esempio, l'aumento del consumo di frutta, verdura, cereali integrali, legumi, noci e semi può avere effetti benefici sulla salute mentale.
- L'uso di integratori nutrizionali, come gli acidi grassi omega-3, ha mostrato benefici in alcuni individui con disturbi depressivi.

# Psichiatria nutrizionale IV: gli alimenti

- **Acidi Grassi Omega-3:**
  - Gli acidi eicosapentaenoico (EPA) e docosaesaenoico (DHA) sono essenziali per la funzione cerebrale.
  - Fonti: pesce grasso (salmone, sgombro), semi di lino, semi di chia, noci.
- **Vitamine del Gruppo B:**
  - Vitamine come B6, B9 (acido folico) e B12 sono cruciali per la produzione di neurotrasmettitori.
  - Fonti: carne, pesce, uova, verdure a foglia verde, legumi.
- **Antiossidanti:**
  - Vitamine C ed E e altri antiossidanti proteggono il cervello dallo stress ossidativo.
  - Fonti: frutta e verdura colorata (peperoni, agrumi, bacche).
- **Magnesio:**
  - Essenziale per la funzione neuronale e la gestione dello stress.
  - Fonti: noci, semi, verdure a foglia verde, cereali integrali.
- **Zinco:**
  - Importante per la neuroplasticità e la funzione immunitaria.
  - Fonti: carne, legumi, semi, noci.

Jacka FN, O'Neil A, Opie R, et al. A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). *BMC Med.* 2017;15(1):23. doi:10.1186/s12916-017-0791-y.

# Psichiatria nutrizionale V: Asse Intestino-Cervello e Microbiota



## • Probiotici e Prebiotici:

- Probiotici: microrganismi benefici che possono migliorare la salute mentale.
- Prebiotici: fibre alimentari che nutrono i batteri intestinali benefici.
- Fonti di probiotici: yogurt, kefir, crauti, kimchi.
- Fonti di prebiotici: aglio, cipolle, porri, banane, asparagi.



# Depressione III età: la relazione terapeutica



# Il bisogno di ascolto

- La comunicazione:
- Gesti e parole
- La scrittura
- La televisione e la radio
- La rivoluzione dell'informatica ed internet
- L'utente senior

Grazie per l'attenzione



[antonellapuzella@gmail.com](mailto:antonellapuzella@gmail.com)

# Bibliografia I

- Gallucci M, Antuono P, Ongaro F, Forloni P L, Albani D, Amici G P, Regini C. Archives of gerontology and geriatrics, 2009. Physical activity, socialization and reading in the elderly over the age of seventy: What is the relation with cognitive decline? Evidence from "The Treviso Longeva (TRELONG) study"
- Jacelon C S **The effect of living in a nursing home on socialization in elderly people** Journal of advanced nursing, 1995
- Jacka FN, O'Neil A, Opie R, et al. A randomised controlled trial of dietary improvement for adults with major depression (the 'SMILES' trial). *BMC Med.* 2017;15(1):23. doi:10.1186/s12916-017-0791-y.
- Judd LL, Rapaport MH, Paulus MP, Brown JL. Subsyndromal symptomatic depression: a new mood disorder? *J Clin Psychiatry* 1994; 55 Suppl: 18-28.
- Lin Li A, Peng YB *J Neurol Neuromedicine*, 2017
- Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, et al. A tune in "a minor" can "b major": a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord* 2011; 129: 126-42
- Moser F, Plozza B L, Pezzati R. *Un'età da abitare. Identità e narrazione nell'anziano.* Bollati Boringhieri 2002
- Naismith SL, Norrie LM, Mowszowski L, Hickie IB. The neurobiology of depression in later-life: clinical, neuropsychological, neuroimaging and pathophysiological features. *Prog Neurobiol* 2012; 98: 99-143.

# Bibliografia II

- Parletta N, Zarnowiecki D, Cho J, et al. A Mediterranean-style dietary intervention supplemented with fish oil improves diet quality and mental health in people with depression: a randomized controlled trial (HELFIMED). *Nutr Neurosci*. 2019;22(7):474-487. doi:10.1080/1028415X.2017.1411320.
- Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, et al. Practice parameter: early detection of dementia: Mild Cognitive Impairment (an evidence-based review). *Neurology* 2001; 56: 1133-42.
- Sachdev PS, Mohan A, Taylor L, Jeste DV. DSM-5 and mental disorders in older individuals: an overview. *Harv Rev Psychiatry* 2015; 23: 320-8
- Scaglione F, Vampini C, Parrino L, Zanetti O. La gestione dell'insonnia nel paziente anziano: dalla farmacologia alla depressione sottosoglia. *Riv Psichiatr* 2018;53(1):5-17