

**Psicopatologia e invecchiamento nell'opera  
di Marcello Cesa-Bianchi**

**Psychopathology and ageing in the work  
of Marcello Cesa-Bianchi**

Carlo Cristini\* e Amelia Belloni Sonzogni\*\*

\* Dipartimento di Scienze Cliniche e Sperimentali,  
Università degli Studi di Brescia  
Viale Europa, 11, 25123 Brescia

e-mail: carlo.cristini@unibs.it; tel. 0303717489

\*\* UOC Psicologia IMMES e PAT

Via Antonio Tolomeo Trivulzio, 15, 20146 Milano

e-mail: servizio.2@pioalbergotrivulzio.it; telefono: 02 4029298

**Ricevuto:** 15.07.2020 - **Accettato:** 01.10.2002

**Pubblicato:** 07.05.2021

**Riassunto**

In età senile, le più frequenti condizioni che implicano una sofferenza psichica e che acquisiscono spesso connotazioni psicopatologiche riguardano il disadattamento, le ansie e le paure, la depressione e il declino cognitivo. Sono ambiti esistenziali e clinici che il Professor Marcello Cesa-Bianchi ha più volte trattato nella sua lunga esperienza scientifica. Fra i suoi primi lavori si annovera in particolare il disadattamento dell'anziano rilevato e analizzato in diversi contesti esperienziali.

Se ansie, paure e depressione – oltre al disadattamento – si registrano anche in altri periodi della vita, in vecchiaia vengono ad assumere peculiari caratteristiche.

Inoltre il processo di invecchiamento comporta il rischio della comparsa di una demenza, nelle sue varie forme. Il declino cognitivo – senza naturalmente ignorare le sue manifestazioni cliniche e la sua ancora incognita eziologia – viene considerato nella sua multidimensionalità e ipercomplessità evidenziando soprattutto le dinamiche affettive, relazionali e creative.

C. Cristini & A. Belloni Sonzogni / *Ricerche di Psicologia*, 2021, Vol. 44(1),  
ISSN 0391-6081, ISSN e 1972-5620, Doi: 10.3280/rip1-2021oa11626

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –  
No Derivatives License. For terms and conditions of usage  
please see: <http://creativecommons.org>

**Parole chiave:** Marcello Cesa-Bianchi, invecchiamento, psicopatologia, disadattamento, paure, depressione, demenza.

### **Abstract**

In old age, the most frequently-occurring conditions that involve psychic suffering and that often acquire psychopathological connotations are maladjustment, anxieties and fears, depression and cognitive decline. These are existential and clinical areas that Professor Marcello Cesa-Bianchi has dealt with many times in his long scientific career. His early works include in particular the maladjustment of the elderly detected and analysed in different experiential contexts.

Whereas anxieties, fears and depression – in addition to maladjustment – also occur in other periods of life, in old age they acquire specific characteristics.

Furthermore, the ageing process involves the risk of the onset of dementia, in its various forms. Cognitive decline – without of course ignoring its clinical manifestations and still unknown etiology – is considered in its multidimensionality and hypercomplexity, highlighting above all the emotional, relational and creative dynamics.

**Keywords:** Marcello Cesa-Bianchi, ageing, psychopathology, maladjustment, fears, depression, dementia.

### **Introduzione**

La sofferenza psichica nel corso dell'invecchiamento può assumere peculiari espressioni cliniche correlate all'avanzare dell'età.

Disadattamento, ansia, depressione sono condizioni riscontrabili anche in altre fasi della vita, tuttavia in vecchiaia presentano caratteristiche proprie, conseguenti a specifici eventi o situazioni esistenziali.

Già nelle sue prime ricerche il Professor Marcello Cesa-Bianchi evidenziava alcune difficoltà espresse dall'anziano, specialmente in termini di disadattamento rispetto a determinate esperienze, quali il pensionamento, soprattutto per gli uomini, i mutamenti dell'organismo e l'istituzionalizzazione, specialmente per le donne (Gemelli e Cesa-Bianchi, 1952; Cesa-Bianchi e Trentini, 1960a, 1960b).

In altri lavori suoi (e della sua Scuola) – con e attraverso i quali si riferisce e si sviluppa il presente contributo – sono comparsi in anni successivi, fino ad alcuni suoi ultimi apporti, approfondimenti e argomentazioni relativi alla sofferenza mentale dell'anziano (Cristini e Porro, 2017).

Nel corso dell'invecchiamento avvengono modificazioni e riequilibri funzionali a carico di organi e apparati; si riduce il margine di sicurezza, aumenta la vulnerabilità agli agenti stressanti, fisici e psicosociali, e incrementano i rischi a salute e autonomia correlati al verificarsi di varie, possibili situazioni di disadattamento (Cesa-Bianchi, 1987).

L'anziano sofferente, disadattato, angosciato, depresso, disperato, smarrito, affetto da demenza richiede attenzione, sensibilità, piena comprensione della sua condizione emotiva ed umana. Le diverse psicopatologie riconoscono evidenze cliniche comuni, la cui espressione viene caratterizzata dalla personalità e dal vissuto del malato. Eschilo affermava che le sofferenze degli uomini hanno vari colori e che mai se ne trovano due uguali. Le differenti esperienze della vita e della sofferenza configurano variabilmente ogni malattia, che assume inconfondibilmente il volto di un malato.

La variabilità costituisce una caratteristica essenziale nell'invecchiamento (Cesa-Bianchi, 1998, 2000).

Più ampia e profonda è la conoscenza dell'anziano sofferente, più chiara è l'analisi e la comprensione del suo problema clinico ed esistenziale, maggiori sono le probabilità di una assistenza valida, efficace che può avvenire solamente in un clima relazionale caratterizzato da sentimenti di fiducia e solidarietà.

Di indiscusso rilievo è la considerazione che, soprattutto nel settore psicogeriatrico, il lavoro di cura ed assistenza formale ed informale si fonda, in gran parte, sulla relazione interpersonale incentrandosi, per essere terapeutico, sulla positività di tale relazione; così come ampiamente condivisa è la considerazione che l'aver sottovalutato questo aspetto ha determinato un eccesso di patologia in entrambi i poli della diade: grave disagio psichico e/o franca patologia per l'utenza (Belloni Sonzogni et al., 1989), burn-out per gli operatori.

Molti anziani con problemi di salute e di autonomia, desiderano esprimere, comunicare i motivi del loro malessere, l'angoscia e il dolore, ma anche la fiducia e la speranza, vogliono parlare di sé, di ciò che pensano e provano (Cesa-Bianchi et al., 2000; Cesa-Bianchi, 2002), a volte attraverso un linguaggio da interpretare, in particolare nelle situazioni di declino cognitivo ed affettivo (Cristini, 2018a).

L'esplicitazione dei vissuti e delle emozioni, in un confronto aperto e non giudicante può favorire, perfino nei più vecchi, l'instaurarsi di nuovi assetti adattivi, centrati su nuove e rinvigorenti riattribuzioni di significato personale e collettivo; diversamente un contesto relazionale, incapace di sostenere l'autostima di chi sta invecchiando, influenza processi di adattamento, rigidamente determinati in senso difensivo e, come tali, diseconomici (Belloni Sonzogni e Riva, 1994).

Anche per l'anziano – soprattutto se malato, non più autosufficiente, fragile, sofferente – il riconoscersi, l'essere riconosciuto, il sentirsi riconosciuto come essere individuale e irripetibile è un bisogno imprescindibile perché significa non perdere gli attributi di persona proprio in condizioni esistenziali che sembrerebbero privarlo di molti di quegli attributi che l'individuo stesso nel passato ha riconosciuto come ineludibili per l'immagine che aveva di se stesso (Belloni Sonzogni e Stella, 2004).

L'anziano ha bisogno di rapporti con persone che, ascoltandolo ed interloquendo – in ambito anche di counseling o psicoterapia, se necessario – lo aiutino a preservare, il più a lungo possibile, l'abilità di tenere coesi i molteplici episodi e significati dell'esperienza, per tutelare, grazie a tale funzione di integrazione, un senso di continuità nel proprio io: tanto più si avranno elementi di conoscenza della personalità dell'anziano e della sua storia, quanto più lo si potrà invogliare ad evolvere, per divenire ciò che desidera, coerentemente alle sue potenzialità ed al personale progetto di vita, senza incorrere nel rischio di ferirlo (Belloni Sonzogni et al., 2004).

L'anziano, specialmente in condizioni di sofferenza psichica, sa cogliere con particolare sensibilità gli atteggiamenti, il linguaggio non verbale delle persone che lo circondano. Ogni malato psicogeriatrico ha l'esigenza di essere ascoltato e compreso.

### **Fragilità e sofferenza nell'anziano**

Le progressive, fisiologiche modifiche dell'organismo e il conseguente assottigliamento del margine di sicurezza biologico non sempre consentono di tracciare una linea di demarcazione fra disturbi puramente fisici e quelli di natura psichica. Inoltre, ogni persona reagisce complessivamente a qualunque alterazione, di natura organica, psichica o sociale e, nella condizione clinica che ne può derivare, i diversi tipi di sintomatologia sono spesso interdipendenti e integrati (Cesa-Bianchi e Cristini, 2014).

Alla malattia si accompagnano in molti casi un senso di malessere, sogni irrealizzati, delusioni, difficoltà relazionali, inquietudini, minore autonomia, assedio dei bisogni, fenomeni involutivi. In psicogeriatrica, la diagnosi appare ogni volta complessa e gli operatori della salute dovrebbero occuparsi sempre più del malato rispetto alla sua malattia.

In molte condizioni esistenziali – soprattutto là dove la patologia non concede possibilità di recupero (ad integrum o anche solo parziale recupero della funzione compromessa) – ed a fronte della vulnerabilità narcisistica implicata dal quadro di polipatologia di molti anziani, specie se psicogeriatrici, il preservare il senso di autoefficacia, il pervenire ad una percezione positiva del proprio stato, del controllo sulla situazione, così come il

poter condividere nuove attribuzioni di significato all'immagine di sé, alla propria esistenza e ad un rivisitato progetto di vita, diventa di vitale importanza (Belloni Sonzogni, 2009).

Anche per la psicogeriatría si auspica l'assunzione di modelli organizzativi ispirati ad una visione dell'utente non più previsto nel ruolo passivo di oggetto di cure e di assistenza: un'ottica, pertanto, che enfatizza la necessità di un adeguato confronto operativo all'interno dell'équipe pluriprofessionale al fine di evitare sovrapposizioni di interventi e scarsa integrazione delle tecniche; ma, soprattutto che richiede una revisione sistematica ed in itinere del modello assistenziale vigente sia in contesti istituzionali che familiari (Cesa-Bianchi e Belloni Sonzogni, 1985).

Là dove l'individuo è costretto a confrontarsi con i temi della fragilità personale, della sofferenza e dell'invalidità l'ascolto attento della storia di malattia e di dolore si dovrebbe affiancare alla storia di vita, trovando in essa una collocazione pregnante di nuove, ma pur sempre coerenti, prospettive di significato (Belloni Sonzogni, 2009): solo modalità relazionali, protocolli riabilitativi ed assistenziali che intervengano sui processi di percezione personale, sul senso di autostima ed autoefficacia e sul locus di controllo, sono in grado di agire, in modo profondo e duraturo, sulla realtà esistenziale e sui correlati stati d'animo, riuscendo a preservare e potenziare progettualità e punti di forza nell'immagine del Sé, nonostante la gravità disabilitante di una comorbidità ingravescente.

Tali situazioni complesse e problematiche potrebbero anche rappresentare occasioni irripetibili per attivare risorse ed abilità mentali, atte a favorire processi di sviluppo, maggiormente consoni ai compiti evolutivi per età e ruolo.

La storia e il vissuto del paziente improntano spesso la sintomatologia, che diviene pertanto il risultato degli effetti del processo morboso, della situazione ambientale, della struttura di personalità, delle esperienze e dello stile esistenziale.

In vecchiaia si possono determinare varie sofferenze: ansia, depressione, apatia, declino cognitivo insorgono e si confrontano tra mondo interiore e ambiente relazionale. Sono espressioni cliniche che connotano il disagio, il dolore dell'anziano e richiedono una peculiare sensibilità umana e professionale.

La comparsa e lo sviluppo di una condizione di fragilità e disadattamento dipendono anche dalla vita trascorsa e dal contesto nel quale l'anziano è inserito (Cesa-Bianchi e Trentini, 1960a). L'incremento della fragilità non si traduce necessariamente in disfunzione o in malattia, ma suggerisce maggiori precauzioni, una più attenta prevenzione (Cesa-Bianchi, 2000).

Le diminuite possibilità di controllo sull'ambiente, promuovono, soprattutto nell'anziano istituzionalizzato, uno stato di demotivazione e sentimenti invasivi di insicurezza e ritiro sociale; una vasta gamma di interventi attivanti riabilitativi e psicoterapici possono contrastare tali involuzioni e, rinfrancando l'anziano circa la propria capacità di fronteggiare il nuovo ambiente, ne rinforzerebbe i livelli di autostima e favorirebbe un maggior coinvolgimento sociale. Nello specifico sono state approntate alcune tecniche psicoterapiche di gruppo atte a riattivare meccanismi di compensazione psichici e fisici che potessero aiutare individui istituzionalizzati ansiosi e depressi, che dimostravano scarsa motivazione verso altri interventi attivanti e riabilitativi (Belloni Sonzogni, 1990). La pianificazione degli interventi basata su un'approfondita conoscenza della realtà esistenziale degli anziani risulterebbe, infatti, più efficace nel coinvolgere quelli istituzionalizzati nel processo decisionale e terapeutico che li riguarda, migliorandone il benessere personale e la qualità di vita: dalla sperimentazione è, infatti, emerso come sia possibile ottenere, in un campione di anziani istituzionalizzati, in un arco di tempo limitato, lo sviluppo di nuovi repertori di azione, un aumento del grado di partecipazione sociale, un incremento della motivazione a svolgere attività proposte o spontanee ampliando la prospettiva degli obiettivi da raggiungere (Belloni Sonzogni et al., 1992).

Le angosce dimenticate dell'infanzia, i conflitti irrisolti dell'adolescenza, le difficoltà negli anni successivi ricompaiono in vecchiaia (Belloni Sonzogni e Tissot, 1986).

Il sentimento di sicurezza in età senile, legato a salute, autonomia, affetti, condizioni economiche, vita associativa, può essere sottoposto a varie prove e messo in crisi (Cesa-Bianchi e Cristini, 1999).

Dimenticanze, smarrimenti, confusioni possono accadere in ogni fase della vita, ma sembrano connotare in modo peculiare alcune condizioni dell'età senile. Il declino delle funzioni dinamiche e cognitive rappresenta la smagliatura, lo strappo del margine di protezione, la rottura dell'equilibrio, la difficoltà o l'incapacità a funzionare o a strutturare nuovi modelli organizzativi, nonostante interventi di riparazione e di ricostruzione. Si può frenare, rallentare il decadimento patologico, ma non si riesce ad arrestarlo; è possibile comunque operare costantemente per offrire la miglior qualità della vita in una determinata condizione di fragilità e sofferenza.

Le diverse problematiche psicopatologiche della vecchiaia non sembrano prescindere dalle esperienze passate, fra quanto la memoria riporta o nasconde (Cipolli e Cristini, 2012).

## Ansie e paure

La prospettiva della solitudine e dell'isolamento, della comparsa di una malattia cronica, invalidante, la mancanza di riferimenti stabili, l'incertezza del futuro, la violenza, il senso di vuoto sono le prevalenti ansie e paure dell'anziano.

Quando da anziani viene meno il sentimento di sicurezza, quando la fragilità sembra prendere il sopravvento possono riemergere antiche paure che richiedono ascolto, comprensione e sostegno.

*I cambiamenti dell'organismo*: il processo di invecchiamento implica il verificarsi di cambiamenti fisiologici dell'organismo e della propria immagine fisica. Talvolta i segni esteriori del tempo trascorso non sono adeguatamente accettati, rappresentano motivi di disadattamento (Cesa-Bianchi e Trentini, 1960), se non di smarrimento e depressione (Cesa-Bianchi e Cristini, 2014). Si ricorre a vari espedienti per occultare l'emergere del cambiamento, forse un modo per arginare inconsapevolmente angosce più profonde?

Vi sono persone che rifuggono dalla vecchiaia e dai suoi interrogativi: negarla tende a limitare l'evoluzione del pensiero. Scriveva Simone de Beauvoir (1970): "Nell'avvenire che ci aspetta è in gioco il senso della nostra vita; non sappiamo chi siamo, se ignoriamo chi saremo: dobbiamo riconoscerci in quel vecchio, in quella vecchia; è necessario, se vogliamo assumere interamente la nostra condizione umana".

*Solitudine, isolamento, abbandono*: determinati accadimenti costringono molti anziani a sperimentare e soffrire una condizione di indesiderata solitudine. Il vecchio può ritrovarsi solo, emarginato, suo malgrado, incolpevole destinatario di una sorte non voluta, spesso temuta (Cristini e Cesa-Bianchi, 1998).

Sono soprattutto le donne, in rapporto alla maggiore aspettativa di vita, a confrontarsi con la solitudine, con il rischio di isolamento (Cristini e Cesa-Bianchi, 2018).

La solitudine richiama la realtà esistenziale dell'essere umano, può costituire la forza o la fragilità, evocare sicurezze o angosce, attivare o meno le funzioni adattative e di resilienza (Cacioppo, 2014). Spesso nella condizione di solitudine l'essere umano misura se stesso, la tenuta emotiva, la conoscenza, l'autonomia, il senso di sé. Scriveva Salvatore Quasimodo: "Ognuno sta solo sul cuor della terra trafitto da un raggio di sole: ed è subito sera".

Ma se l'essere soli *nel* mondo – come ci ricorda Quasimodo – costituisce la condizione ontologica di ognuno, l'essere soli *al* mondo può rappresentare la drammatica situazione di isolamento e abbandono che vivono alcune persone anziane, specialmente nelle metropoli (Cristini et al., 1989;

Cesa-Bianchi e Cristini, 1999). La natura umana contempla la relazione, la comunicazione e il confronto con gli altri, la condivisione delle esperienze.

La solitudine imposta, l'essere estraneo e dimenticato dalle persone che si sono conosciute, incontrate – o che abitualmente si incontrano – facilita la comparsa di disturbi disadattativi e depressivi (Simeone, 2001).

Opportunità concrete di inserimento, partecipazione e integrazione sociale possono riattivare le potenzialità creative, permettere un recupero di interessi e prospettive, prevenire tendenze e atteggiamenti di rinuncia, apatia e involuzione.

L'assistenza moderna considera con attenzione le potenzialità dell'attività creativa anche in un preciso ambito psicoterapico, quale importante ausilio per migliorare la qualità degli interventi all'interno delle istituzioni geriatriche con l'obiettivo di slatentizzare le potenzialità creative proprio nelle situazioni e nei casi "più disperati": chi è depresso, chi è annientato dal dolore, chi coglie la progressiva restrizione dei margini di libertà, chi sembrerebbe non avere altro orizzonte da scrutare se non la morte, le persone in fase terminale (Belloni Sonzogni, 2001). L'intento è che, attraverso varie tecniche, essi possano riscoprire, essere coscienti e padroneggiare le proprie capacità creative; possano elaborare progetti che permettano di trasferire tale ricchezza creativa al quotidiano (Belloni Sonzogni et al., 1997).

L'isolamento dell'anziano riflette la scarsa attenzione sociale, intergenerazionale di una comunità (Binstock e Gorge, 2001).

*Aggressività e violenza*: la realtà sociale, specialmente nelle aree metropolitane, si connota talora di avversione e pericolosità; le frequenti notizie e immagini di violenza, in particolare nei confronti di persone di età avanzata, la testimonianza diretta ed in alcuni casi l'esperienza subita di aggressioni fisiche o psicologiche (Hugonot, 1990; De Donder et al., 2005) rischiano di insidiare l'equilibrio emotivo, facilitando l'insorgenza di paure, angosce, smarrimenti verso un ambiente nel quale molti anziani non ritrovano più un senso di appartenenza e di continuità.

Le ricerche hanno dimostrato come le persone in età avanzata, soprattutto nelle grandi città, hanno spesso paura di uscire di casa, di essere aggredite per strada, sui mezzi pubblici, nella loro stessa abitazione (Cesa-Bianchi e Cristini, 1997; Cesa-Bianchi e Cristini, 1999).

*Patologia, dolore, cronicità*: l'insorgere di una malattia spesso incide in modo negativo sul processo di invecchiamento. L'anziano teme di non essere più in grado di riprendersi e si sente angosciato per la possibile perdita dell'autosufficienza; in alcuni anziani anche la comparsa di un disturbo non grave scatena ansie, paure di un annunciato declino (Cesa-Bianchi, 2000).

Non sorprende, quindi che le precarie condizioni di salute costituiscano per molti anziani una causa frequente di paure, angosce, atteggiamenti apatici o depressivi. Non tutti riescono ad adeguare il proprio comportamento ai cambiamenti sopraggiunti, a volte radicali e drammatici.

Da ricerche risulta che le persone anziane temono in particolare la malattia e il dolore, a cui si aggiungono gli interrogativi riguardo ad un'eventuale assistenza, al dover dipendere dagli altri (Cesa-Bianchi e Cristini, 1997; Cristini e Cesa-Bianchi, 2006).

Gli stati emozionali, inoltre, possono amplificare l'intensità del dolore che a sua volta può produrre intensa sofferenza psichica (Belloni Sonzogni et al., 1994).

Un timore associato alla perdita della salute e dell'autonomia è quello di cadere che può implicare un ricovero ospedaliero, la prospettiva di una lunga riabilitazione e la paura di non fare più ritorno nella propria abitazione. L'esperienza di una caduta rischia poi di limitare gli spostamenti, le uscite di casa (Deshpande et al., 2008).

Fra le paure riferite dagli anziani quella connessa alla perdita di autonomia è forse la più sentita e sofferta, soprattutto se congiunta a condizioni di solitudine (Cristini, 2018b).

*Declino mentale, sentimenti di vuoto e perdita di controllo*: sono sempre più numerosi, specialmente nei contesti ambientali a maggior rischio di isolamento e spersonalizzazione, gli anziani che temono di perdere le proprie capacità cognitive, di non essere più in grado di gestire la propria vita; la paura del declino mentale rievoca l'inquietudine del vuoto e dell'assenza, della perdita del controllo di sé (Cristini e Cesa-Bianchi, 2018).

Le modificazioni che hanno coinvolto la nostra società hanno esposto i più vecchi ad una serie di condizioni esistenziali di rilievo sociale, culturale e clinico, suscettibili di attenzione, nell'ottica delle possibili cause di scompenso e crisi d'identità; alcuni anziani, infatti, sono resi ancora più vulnerabili da strategie fallimentari di compensazione dei vissuti di perdita ed inadeguatezza che, se non trattati, perché non capiti nel loro significato psicologico, determinano una condizione cronica di *frustrazione identitaria* che mina, intaccando il nucleo centrale della personalità, coerenza, continuità, forza e stabilità dell'immagine del Sé: verrebbe, in ultima analisi, rallentato e compromesso il processo di costruzione continua dell'identità (Belloni Sonzogni, 2011). Il prolungarsi di siffatta condizione avvia reazioni negative a catena che ledono sempre più il senso di autostima ed autoefficacia percepita e precludono possibili sbocchi verso nuove opportunità di benessere, preconstituendo un terreno fertile per l'insorgenza di quadri depressivi ad insorgenza tardiva.

A volte nel declino mentale, soprattutto nelle fasi iniziali o in quelle che lo precedono, si possono verificare significativi sentimenti di apatia, di deflessione del tono dell'umore, soprattutto quando l'anziano avverte di non essere più "quello di prima", di non riuscire a trovare rimedi efficaci e di aver difficoltà a svolgere determinati impegni e attività da sempre attuati. Si fa pressante l'esigenza di riferimenti affettivi rassicuranti, di persone di comprovato affidamento (Cesa-Bianchi e Cristini, 2014).

*Il fine vita*: le persone anziane generalmente non temono la propria morte, solo una minoranza riferisce di averne (Aveni Casucci, 1992).

In età giovanile l'evento-morte trascende l'esistenza, è estraneo al proprio pensare e sentire; sono sempre gli altri che muoiono. Freud (1915) sosteneva: "la morte è un fatto naturale, incontestabile, inevitabile (...) In verità è impossibile per noi raffigurarci la nostra stessa morte (...) nel suo inconscio ognuno di noi è convinto della propria immortalità".

In età avanzata la morte è imminente rispetto alla propria vita, si fa parte più prossima del disegno esistenziale. L'anziano generalmente avverte un naturale confronto con il morire, che in longevità rappresenta un atto fisiologico e non clinico.

Perché un anziano ne ha paura, perché un altro teme l'associarsi del dolore, perché un altro ancora la auspica, perché molti vecchi si sentono sereni? Le biografie a volte consentono una risposta (Cristini, 2007; Cesa-Bianchi e Cristini, 2009; Cesa-Bianchi et al., 2014).

Tutti, dai più giovani ai più vecchi, hanno bisogno di significare il mistero della vita e della morte attraverso contenuti personali mai saturi di risposte soddisfacenti ed esaustive: compito evolutivo, trasversale ad ogni età, che comporta, qualora disatteso, gravi conseguenze per il singolo e per il suo sistema di riferimento.

Anche per l'anziano non si può che rimarcare la valenza soggettiva del vivere la morte poiché non necessariamente si avvertirebbe l'avvicinarsi di tale evento in funzione del passare degli anni. I risultati di una rilevazione (Belloni Sonzogni et al., 2009) sui vissuti inerenti la propria morte, compiuta su un campione di soggetti tra i diciotto ed i novanta anni, evidenzia: uno scarso impatto della variabile età sulla disponibilità a partecipare ad una ricerca sulla morte; un trend in diminuzione, di tale disponibilità, nelle età superiori ai sessantacinque anni; la presenza di tipologie differenti di *dialogo con la morte* per le quali la variabile avanzare dell'età sarebbe ininfluenta, rispetto ad altre maggiormente incisive come potrebbero, presumibilmente, essere le caratteristiche di personalità ed il contesto relazionale e culturale di riferimento.

L'attività clinica, in particolare con gli anziani, esige di approfondire e rendere sistematica la riflessione sul tema del divenire e del morire; tuttavia, la mancanza di evidenze empiriche circa il quando, il come ed a chi indirizzare stimoli atti a promuovere un proficuo ed adattivo dialogo con la morte, impone cautela.

Quanti vogliono o vorrebbero parlare del loro morire? Quanti anziani vorrebbero condividere ciò che pensano, immaginano, temono, sperano, anticipano, programmano relativamente alla loro morte? In quali contesti desidererebbero e si prefigurerebbero di farlo? Quali le circostanze? Con quali interlocutori? Se stimolati, cosa li spingerebbe/motiverebbe a farlo o a rifiutarlo?

Possibili risposte a tali interrogativi si prefigurerebbero come indicatori importanti in un percorso di comprensione delle problematiche della persona e dei suoi bisogni, attraverso l'acquisizione del personale punto di vista di ciascuno. A chiunque, ma soprattutto all'anziano, non dovrebbe essere mai negata, qualora lo desideri, l'opportunità di parlare del proprio morire: è tutt'altro che scontato che tale esigenza venga corrisposta all'interno dei nuclei familiari e dei contesti di cura ed assistenza; così come è innegabile, che si debbano acquisire maggiori certezze sul metodo idoneo ed il frangente ottimale per incrementare il dialogo con se stesso e con l'altro su questa tematica (Belloni Sonzogni, 2008b).

## **Depressione**

La depressione rappresenta la sofferenza psichica più frequente in età senile. In vecchiaia, non è sempre facile discriminare – quando si rileva un abbassamento del tono affettivo – fra reazione ad un evento luttuoso e sviluppo di un quadro clinico. Si corre il rischio di trasformare in patologia un sentimento profondo di tristezza, di temporaneo scoraggiamento o rinuncia, una delusione, un dispiacere indotti da una situazione problematica oppure di sottostimare, di non valutare adeguatamente l'insorgere di una malattia depressiva; un'esperienza dolorosa della vita diventerebbe un disturbo nosografico e la comparsa di una depressione una condizione da non approfondire (Cristini, 2004; Cesa-Bianchi e Cristini, 2014).

Il disturbo del sentimento di sé, la tendenza all'autosvalutazione sono caratteristici della persona depressa che generalmente si sente incapace, inutile, senza alcun valore.

I principali contenuti conflittuali che contribuirebbero a chiudere l'anziano depresso nel circolo vizioso del disuso delle possibilità di agire, di incontrare e di essere sono riferibili ai processi di individuazione/non individuazione ed ai vissuti ambivalenti relativi alle problematiche della sicurezza/insicurezza, del noto/ignoto, dell'esporsi/non esporsi (Belloni Son-

zogni et al., 1999). Pertanto, ogni tentativo di inserimento dell'anziano depresso in una dimensione pubblica, anche ricreativa e di animazione, dovrebbe partire da una valutazione approfondita dei vissuti esistenziali attuali della persona; essere effettuata in tempi gradualmente; mirare, in primo luogo, a rafforzare la fragilità dell'immagine personale privata. Tutto ciò è possibile, anche nelle età più avanzate, con la mediazione di un setting psicoterapico che: ridefinisca ed energizzi l'immagine del Sé privato, soddisfacendo le aspettative e le richieste, spesso ambivalenti, di riappropriazione della propria singolarità; promuova una maggiore articolazione del Sé privato e ne armonizzi gli aspetti nucleari con le diverse componenti della realtà relazionale e sociale (dimensione pubblica del Sé) con cui le persone devono interagire. Se gli si offrirà tale opportunità l'anziano potrà ancora imparare a stabilire una serie di relazioni effettivamente valorizzanti e gratificanti. Si rimarca, pertanto, l'importanza dell'intervento psicodiagnostico e psicoterapico per la valutazione e la ristrutturazione degli aspetti dell'immagine del sé svalutati ed autodistruttivi: se si agirà a livello degli autoschemi interni alla persona – che mediano le autopercezioni ed il rapporto con la realtà sociale, passata, attuale e futura – si conseguiranno cambiamenti psicologici stabili nel tempo, poiché si riattiveranno le capacità della persona di apprendere attivamente condotte alternative e strategie più adattative. (Belloni Sonzogni et al., 1999).

Sul piano psicodinamico, il nodo centrale della depressione è rappresentato da vissuti di perdita non elaborati, da un fragile sentimento di sé (Freud, 1915). Lutto e depressione presentano molte caratteristiche in comune, fra cui atteggiamenti e reazioni alla perdita di una persona amata.

L'elaborazione del lutto implica il riconoscimento, l'accettazione, il farsi una ragione di ciò che è accaduto; la persistenza e l'evoluzione di una condizione depressiva sembrano riflettere un avvilito del sentimento di sé, un mancato superamento delle fasi del lutto (Kübler-Ross, 1965) una peculiare difficoltà ad accettare l'evento doloroso, rimanendo prigionieri, sopraffatti dalla sofferenza.

L'età senile più di ogni altra fase della vita è caratterizzata da molteplici fattori o rischi di disadattamento, come perdite e separazioni che possono determinare lo sviluppo di una depressione clinica (Cesa-Bianchi, 2001).

Le sindromi depressive si possono manifestare attraverso varie forme, dalle più gravi, come il disturbo depressivo maggiore a quelle meno severe sul piano clinico, come il disturbo dell'adattamento con umore depresso o ansioso-depressivo e la depressione nevrotica.

Si riportano alcune condizioni depressive rilevabili soprattutto nelle persone anziane.

### ***Depressione criptica***

- da disturbi somatici (depressione mascherata): in età senile la maggior vulnerabilità biologica sembra facilitare il mascheramento somatico della sofferenza. L'anziano che ne soffre riferisce disturbi fisici, di vario genere, oppure esprime un disagio ipocondriaco. La mancata comprensione e validazione del disturbo, delle sue implicazioni emotive, aggrava il sintomo con incremento della richiesta di soccorso (Simeone, 2001).
- da disfunzioni cognitive (pseudodemenza): con tale espressione si intende far riferimento a quelle sindromi depressive che si manifestano con prevalenti disfunzioni cognitive, come la perdita di memoria, attenzione e concentrazione, il disorientamento temporo-spaziale, la diminuzione del rendimento intellettuale, confusione, apatia, atteggiamenti regressivi, ritiro sociale. Può essere considerata come una sorta di depressione mascherata da fragilità cognitiva, da demenza (Cristini, 2004).
- da forzato giovanilismo (vitalismo): vi sono anziani iperattivi, che ostentano nei comportamenti, nei costumi e nel linguaggio un sospinto giovanilismo che talora nasconde paure e sentimenti depressivi.
- da traumatismi (incidenti, cadute): le frequenti cadute o incidenti, può talvolta indurre a ipotizzare inconsci atteggiamenti autolesivi, a tentativi inadeguati di richiedere di aiuto. I traumatismi sono spesso la conseguenza di motivi correlati alla biologia, all'accidentalità, alla disattenzione, ma possono anche essere correlati a stati di confusione, smarrimento, angoscia, depressione (Cesa-Bianchi e Cristini, 2014).
- da negligenza nelle cure (recidive, complicazioni, rapida cronicità): il rifiuto di curarsi, specie quando sono in corso lunghe malattie o patologie gravi, a prognosi sfavorevole può rappresentare un comportamento che a volte nasconde una condizione depressiva (Kübler-Ross, 1965).
- da irregolarità alimentari (quantità ed abitudini): l'apporto e le abitudini alimentari rappresentano spesso un indice, una misura di salute fisica e psichica. La scarsa o l'eccessiva appetenza, l'irregolarità nel nutrirsi, possono celare atteggiamenti psicopatologici di varia natura, fra cui la depressione.
- da farmaci (effetti antidepressivi di farmaci non antidepressivi): alcuni farmaci, assunti per curare altre malattie di cui l'anziano soffre, presentano effetti collaterali ad azione antidepressiva che possono attenuare o mascherare deflessioni del tono dell'umore.

### ***Depressione indotta***

- da disadattamento e perdite: sono numerosi i fattori in grado di influenzare negativamente il processo di invecchiamento: pensionamento – perdite e separazioni affettive – contrazione dei rapporti sociali e intergenerazionali – problemi economici, di salute e di autonomia – solitudine e isolamento – istituzionalizzazione (Simeone, 2001; Cristini e Guerrini, 2001).
- da modifiche ormonali (climaterio femminile e maschile): il periodo periclimaterico può rappresentare un momento delicato per la donna e per l'uomo, rispetto a come percepiscono e vivono i cambiamenti connessi alla procreazione ed alla sessualità
- dal pregiudizio sull'età (demotivazione): alcuni anziani tendono a non intraprendere nuove iniziative e progetti come se non fossero più di loro competenza e possibilità. Rimangono vincolati ai condizionamenti negativi che ancora troppo spesso gravano sull'età senile e sulle sue problematiche (Levin e Levin, 1980; Lee e Ahmed, 2017).
- da specifiche patologie organiche (depressione mascherante): alcune condizioni depressive mascherano in realtà l'esordio di una malattia organica come il morbo di Parkinson, endocrinopatie (morbo di Addison, sindrome di Cushing, ipo- e ipertiroidismo, ipoparatiroidismo), processi intracranici (ematoma sotto-durale cronico, tumori della regione frontale), idrocefalo normoteso.
- da farmaci o altri medicinali (o da sospensione di farmaci o altri medicinali): vi sono farmaci con effetti depressogeni, specialmente in persone anziane predisposte. Altre volte la sospensione o l'irregolarità di assunzione di farmaci antidepressivi ripristinano una condizione depressiva (Simeone e Engelberts, 1983).
- da stress (tensioni e frustrazioni): la condizione anziana spesso si trova a misurarsi con la mancanza di interazioni familiari e sociali, di ascolto, comunicazione e comprensione, di deprivazioni affettive che possono indurre sentimenti di sfiducia e deflessione dell'umore.

La multifattorialità della depressione in età senile non presenta una facile comprensione della natura, delle caratteristiche e dell'evoluzione della sintomatologia, latente e manifesta. L'attenzione, la sensibilità, la preparazione professionale nei confronti dell'anziano apatico o depresso devono diventare sempre più approfondite e accurate, per chiarire le ragioni e le espressioni del disagio psichico. Ogni patologia depressiva nasconde o svela il volto di un malato, di una persona, da riconoscere e comprendere (Cesa-Bianchi, 2001).

Ancora troppo spesso la depressione e l'ansia nell'anziano sono accettate passivamente (Belloni Sonzogni et al., 1986) poiché generalmente considerate correlate all'età o causate dall'ospedalizzazione così che ad un basso tasso di riconoscimento diagnostico della sintomatologia depressiva si associa una tardiva attivazione di un trattamento psicologico. Sebbene negli ultimi quaranta anni la psicoterapia abbia ricevuto sempre maggiore attenzione come modalità di trattamento per la depressione in persone di età avanzata, tuttora, non è ancora adeguatamente prescritta pur sussistendo un ampio accordo nel considerare il trattamento combinato farmacologico e psicoterapico come strategia clinica ottimale nella cura anche dell'anziano.

Non vi è dubbio che la psicoterapia sia in grado di modificare il quadro sintomatologico depressivo anche in persone molto anziane, in condizioni esistenziali particolarmente critiche a causa di invalidità, perdita di autonomia, istituzionalizzazione. Con uno studio condotto in ambiente istituzionale geriatrico (Belloni Sonzogni et al., 1994) si è potuto dimostrare l'effetto di un trattamento psicoterapico di gruppo ad indirizzo cognitivo-comportamentale in pazienti geriatriche d'età media elevata, affette da patologia cronica invalidante, depresse e ansiose, demotivate ad altri interventi riabilitativi e/o attivanti, intervenendo su uno degli aspetti del complesso quadro sintomatologico dell'anziano istituzionalizzato e depresso: il deficit che altera la capacità di azione, nel triplice aspetto delle attività mentali, motorie e/o strumentali e di comunicazione sociale. Si è potuto dimostrare che un notevole grado di partecipazione e motivazione a svolgere attività può essere raggiunto anche in tempi relativamente brevi (3 mesi), con un numero di sedute limitato e stabilità dei risultati nel tempo, a condizione che venga mantenuta una stimolazione adeguata.

Un altro studio (Belloni Sonzogni et al., 2002) ha evidenziato come il lavoro psicoterapeutico in gruppo possa migliorare la volontà di attivazione di persone sempre molto anziane, istituzionalizzate e depresse, rafforzando un'identità personale basata sull'agire, contrastando l'emergere dei vissuti negativi di impotenza propri della condizione di istituzionalizzazione. Nel gruppo sperimentale si è avuto, nel corso ed al termine della terapia, un decremento significativo della sintomatologia ansiosa e depressiva, un incremento delle capacità di comunicazione, delle abilità sociali, dei livelli di autonomia ed un quadro di complessiva e significativa modificazione della rappresentazione del Sé.

## **Demenza**

È una sindrome molto studiata, ma attualmente, ancora poco conosciuta nella sua eziologia. Si ipotizza una multifattorialità di cause: genetiche, metaboliche, biochimiche, neurologiche; si pone sempre più attenzione all'ambiente sociale e culturale, allo stile ed alle esperienze di vita, alle molte implicanze psicologiche legate all'evento malattia ed al suo decorso (Cesa-Bianchi e Belloni Sonzogni, 1985). Sono numerose le variabili psico-sociali che influenzano e caratterizzano l'incidenza, l'espressione e il percorso clinico della demenza: età avanzata, bassa scolarità, attività ripetitive ed esecutive, capacità e attività intellettive poco esercitate, scarsi impegni nel tempo libero, attività psicomotoria non praticata, essere single e/o vivere soli, scarse relazioni familiari, amicali, sociali, intergenerazionali, impoverimento di interessi e motivazioni, condizione emotiva stressante, diminuito tono dell'umore, comportamento alimentare inadeguato; in altre parole il modo di vivere di una persona (Fratiglioni et al., 2000; Berkman, 2000; Vergheze et al., 2003; Coyle, 2003; Colcombe et al., 2004; Trabucchi, 2005; Karp et al., 2006; Cesa-Bianchi e Cristini, 2014; Shakersain et al., 2016; Cristini, 2018a).

Tra i fattori di rischio o di aggravamento non trovano sempre un'appropriata considerazione la struttura di personalità e le varie situazioni di cambiamento, frequenti in età avanzata (Orrell e Bebbington 1995; Buntinx et al., 1996; Finkel e Burns 2000; Simeone 2001).

Il rapporto con la persona affetta da demenza implica la decodifica attenta di una peculiare, sensibile comunicazione, specie non-verbale. In alcune condizioni o episodi di fragilità cognitiva sono evidenti i tratti della sofferenza psichica, mentre in altri non è semplice distinguere fra disagio esistenziale e dimensione clinica del bisogno. L'ascolto, la partecipazione all'altrui vicenda umana può chiarire ed aiutare l'anziano in ogni sua difficoltà e smarrimento. Ogni sofferenza esprime e nasconde una storia, unica e originale. Ogni ascolto può determinare un sollievo nell'incontro con l'altro, con la sua individualità.

L'esperienza clinica ed euristica ha rafforzato la convinzione che sussistano evidenze, nella persona con demenza, della permanenza di un'immagine di Sé, nonostante il processo di regressione e di dissoluzione del Sé a cui la malattia nelle sue varie forme lo sottopone. Rispetto a paradigmi sperimentali che confrontano anziani senza deficit cognitivi con omogenei gruppi di persone affette da demenza, queste ultime esprimerebbero un Sé più frammentato, confuso e disperato, ma comunque presente e caratterizzato da vissuti e affetti (Belloni Sonzogni et al., 1999).

Malgrado la gravità dei quadri patologici è possibile ed utile – per predisporre nei diversi contesti adeguati ambienti protesici – ricercare la comprensione nel profondo di tali pazienti per stabilire con essi una relazione terapeutica, supportare le difese più evolute, elaborare programmi di assistenza e cura modellati sul senso di Sé specifici di ogni persona e sulla loro storia di vita (Belloni Sonzogni e Curioni, 2005).

Le risultanze di un *appassionato* ed attento ascolto delle autodescrizioni di questi pazienti si rivela un ausilio prezioso nell'attività quotidiana in ambito psicogeriatrico grazie alla valenza didattica di forte impatto emotivo che ha sugli operatori e sui caregiver, contestualizzando, concretizzando ed avvicinando convinzioni, ipotesi e scoperte; per veicolare e condividere un sentire ed un agire più differenziato, meno rigidamente vincolato a pregiudizi e stereotipi, più libero di porre a margine ciò che si è convinti già di sapere per aprirsi alla ricerca di modelli confacenti ad un approccio che sappia evidenziare ciò che per ogni persona contribuisce a rafforzare la propria autoimmagine, ad innalzare l'autostima, a placare i sentimenti negativi di vergogna e rabbia per creare un ambiente circostante capace di risposte empatiche e di reciprocità di supporto (Belloni Sonzogni et al., 2006).

Quale idea si ha del declino cognitivo, della demenza? E se quella idea rappresentasse l'orientamento nascosto delle modalità interattive, degli atteggiamenti assistenziali, specie quelli più profondi e sconosciuti? E se la persona con demenza fosse interprete inconsapevole della stessa idea?

La comunicazione e la relazione, l'ambiente di accoglienza, di cura e riabilitazione possono risultare determinanti nel seguire e sostenere il malato (Belloni Sonzogni e Peirone, 1987; Cesa-Bianchi, 2017, 2018).

Si riconosce alla demenza il carattere di irreversibilità, di progressivo declino fino alla completa non autosufficienza. I disturbi comportamentali, la frammentazione del linguaggio, la complessità della comunicazione e dell'interazione sono generalmente associati alla disorganizzazione dell'architettura cognitiva, all'impoverimento della rete neurale.

Tuttavia, nella demenza danni neurologici, disturbi psichici e comportamentali, elementi creativi spesso si associano, si intersecano, si confondono, si influenzano, si potenziano o si appiattiscono.

Le capacità affettive, creative, nella ipercomplessità della patologia, sono definitivamente compromesse, esaurite, o trovano forme di espressività, ogni volta da scoprire, riconoscere, sostenere, valorizzare?

Negli ultimi decenni numerosi contributi, in ambito biomedico, neuropsicologico, riabilitativo, assistenziale sono stati apportati nell'intento di approfondire e comprendere sempre meglio il mondo della demenza che

tuttavia continua ancora a rimanere per molti – ed essenziali – aspetti un vero enigma clinico, culturale ed esistenziale (Cristini e Cesa-Bianchi, 2011)

Si pone un peculiare problema che richiede approfondimenti: la psicosi comporta solo decadimento e destrutturazione o può talvolta avviare lo sviluppo di tendenze sopite? È la causa o la conseguenza di un processo creativo? Determina solo impoverimento e perdite o può attivare o liberare altre caratteristiche e competenze, accedere all'esplorabile?

Nella demenza – una condizione quindi di per sé destrutturante – l'essere creativi può consentire lo sviluppo di una tendenza positiva, attraverso il quale può orientarsi un programma di recupero che si proponga di contenere le perdite e di potenziare le capacità residue.

Si può immaginare che l'invecchiamento possa variare fra creatività e demenza senza una soluzione di continuità: saranno la predisposizione genetica, la storia personale, le esperienze, gli eventi a far propendere l'individuo dall'una o dall'altra parte. Anche la persona colpita da demenza dispone di una potenzialità creativa: uno spiraglio di luce in un mondo di molte ombre (Cesa-Bianchi e Cristini, 2009).

Sono sempre più numerose le testimonianze di persone affette da demenza, anche in fase avanzata della malattia, che nel campo dell'arte e della cultura, come nella vita quotidiana, evidenziano una tendenza espressiva, creativa (Cristini, 2007, 2012a, 2012b, 2018a; Péruchon, 2011).

Accostare demenza e creatività può apparire paradossale, antinomico; ma cogliere eventuali connessioni e influenze fra due posizioni così apparentemente dissimili e lontane è una caratteristica che si evidenzia generalmente nella costruzione di una metafora. E forse la demenza potrebbe rappresentare una sorta di metafora della storia e della vita di una persona, fra ciò che si è perduto o mai acquisito e ciò che si è e si è in grado di esprimere, come esigenza o desiderio, fra le ombre di una patologia che può ancora riservare cambiamenti e aperture, specialmente sul piano creativo e artistico, come molti anziani istituzionalizzati afflitti da demenza, in fase avanzata della malattia, testimoniano con le loro sorprendenti produzioni.

### **Note conclusive**

La psicopatologia dell'invecchiamento comprende sia le sofferenze cliniche che possano comparire in età senile, come quelle descritte e riferibili al disadattamento, alle paure, alla depressione, al declino cognitivo, sia i disturbi mentali di vario tipo, divenuti cronici e che proseguono nel corso degli anni, compresi quelli della vecchiaia.

Vi sono vecchi che si ammalano sul piano psichico e vi sono malati mentali che invecchiano. Gli uni e gli altri richiedono attenzione, sensibilità, comprensione, preparazione da parte di chi assiste e cura.

In molte psicosi con l'invecchiare – come in molte forme di demenza nelle fasi più avanzate della malattia – si attenuano le manifestazioni critiche della patologia, ma non sempre si assopisce la vitalità espressiva (Ploton, 2013; Cristini et al., 2012; Mushkin et al., 2018; Charfi et al., 2019).

Il progressivo invecchiamento della popolazione comporta l'aumento di persone con patologie psicogeriatriche che sempre più richiedono innovativi interventi e servizi, come si è potuto verificare negli ultimi decenni in vari settori sociali e sanitari (Cesa-Bianchi, 2003).

Non sempre l'anziano, soprattutto se malato, dispone dell'energia e del coraggio per continuare a crescere, mantenendo un ruolo adulto, nel rispetto dei compiti evolutivi peculiari a questo periodo della vita, facendosi carico, in ogni frangente, oltre che di se stesso, delle relazioni costituenti i principali vettori di investimento progettuale ed affettivo a lui peculiari; non sempre ricerca e trova aiuto nella rete formale di cura ed assistenza dedicatagli, in quella parentale o amicale.

La società moderna – come da molti auspicato – dovrà fattivamente completare quel cambio di prospettiva nell'organizzazione dei servizi rivolti a questa fascia di popolazione: uno spostamento di enfasi dal corpo alla psiche, dall'individuale al relazionale, potrebbe essere il primo passo perché le persone ed i sistemi possano confrontarsi, col supporto di professionalità competenti, sfruttando al meglio le opportunità offerte dalle storie personali e familiari. Sarà così possibile fare maggior chiarezza nel sempre più indispensabile ed arduo intento di identificare gli stili individuali di invecchiamento quale premessa facilitante la programmazione di un sistema di welfare meno dispendioso perché, in quanto più consapevole, fattivamente operativo nell'individuare obiettivi mirati e calibrati sui puntuali bisogni della popolazione anziana (Belloni Sonzogni, 2008).

Si modificano le espressioni della psicopatologia in rapporto al contesto socio-culturale. Si richiede pertanto flessibilità e modulazione dei servizi, ma soprattutto una approfondita e costante formazione psicologica degli operatori della salute. Il malato psicogeriatrico ha necessità di essere complessivamente compreso e aiutato sul piano clinico, umano ed esistenziale.

## Riferimenti bibliografici

- Aveni Casucci, M. A. (1992). *Psicogerontologia e ciclo di vita*. Milano: Mursia.
- Belloni Sonzogni, A., & Tissot, A. (1986). Alcune ipotesi di intervento psicoterapeutico con pazienti dementi istituzionalizzati: sperimentazione di gruppi "Remember". *Giornale di Gerontologia*, 6, 410-417.
- Belloni Sonzogni, A., Spagnoli, A., Tissot, A., & Ventura, R. (1986). Studio epidemiologico sui pazienti psichiatrici ricoverati in una istituzione geriatrica. *Giornale di Gerontologia*, 4, 267-272.
- Belloni Sonzogni, A., & Peirone, M. G. (1987). Interventi di terapia istituzionale nelle sindromi demenziali dell'età geriatrica: considerazioni preliminari. In C. Laicardi C. (Ed.). *Psicologia e qualità della vecchiaia* (111-132). Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.
- Belloni Sonzogni, A., Tissot, A., Tettamanti, M., Frattura, L., & Spagnoli, A. (1989). Mortality of demented patients in a geriatric institution. *Arch. Gerontol. Geriatr.*, 9, 193-197.
- Belloni Sonzogni, A. (1990). La demotivazione alla terapia: una tecnica psicoterapica di gruppo per pazienti anziani. *Neurologia Psichiatria Scienze Umane*, 3, 421-430.
- Belloni Sonzogni, A., & Riva, F. (1994). Un modello d'intervento psicologico in una R.S.A. Risultati preliminari. *Neurologia, Psichiatrica, Scienze Umane*, 437-455.
- Belloni Sonzogni, A., Giani, C., Ripamonti, C., & Riva, F. (1994). Effetto di un trattamento psicoterapico di gruppo in pazienti geriatriche depresse e ansiose. *Ricerche di Psicologia*, 18(2) 135-149.
- Belloni Sonzogni, A., Giani, C., Fava, G., & Giavelli, S. (1994). Emotional components in chronic pain and laser therapy in a population of elderly patients: an interdisciplinary approach. *Laser e Technology*, 1-2, 17-26.
- Belloni Sonzogni, A., Riva, F., & Alongi, F. (1997). Studio preliminare sull'evoluzione dell'espressione grafica in soggetti anziani depressi trattati in psicoterapia. *Geriatric & Medical Intelligence – Medicina e Anziani*, 6(2), 110-116.
- Belloni Sonzogni, A., Carabelli, S., Curioni, M., & Fumagalli, A. (1999). L'immagine di Sé nella demenza. *Ricerche di Psicologia*, 23, 29-53.
- Belloni Sonzogni, A., Carabelli, S., Curioni, M., & Fumagalli, A. (1999). L'immagine di sé nell'anziana depressa istituzionalizzata. *Geriatric & Medical Intelligence*, 8(2), 77-93.
- Belloni Sonzogni, A. (2001). Creatività: risorsa nel singolo, ausilio dell'istituzione. In S. Giavelli & A. Grecchi (Eds.), *Creatività e cultura elisir di giovinezza* (127-139). Milano: Guerini e Associati.
- Belloni Sonzogni, A., Calcaterra, A., Martini, E., Riva, F., & Perduca, S. (2002). Depressione e immagine del sé nell'anziano istituzionalizzato: studio degli effetti di una psicoterapia cognitiva di gruppo. *Geriatric & Medical Intelligence – Medicina e Anziani*, 11 (2), 91-106.
- Belloni Sonzogni, A., Calcaterra, A., Fiorucci, G., & Martini, E. (2004). L'anziano istituzionalizzato: psicoterapia e drop out. *Geriatric & Medical Intelligence – Medicina e Anziani*, 13 (1), 18-28.

- Belloni Sonzogni, A., & Stella, M. (2004). Il vissuto di malattia nel paziente oncologico anziano. In M. Cesa-Bianchi & O. Albanese (Eds.). *Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita* ( 103-123). Milano: Unicopli.
- Belloni Sonzogni, A., & Curioni, M. A. (2005). Storie di vita in anziani dementi. *Geriatric & Medical Intelligence – Medicina e Anziani*, 14(1), 29-46.
- Belloni Sonzogni, A., Calcaterra, A., & Martini, E. (2006). Il caregiver e la persona demente: stili di accudimento e presa in carico psicoterapica secondo l'orientamento cognitivo-relazionale. *Geriatric & Medical Intelligence – Medicina e Anziani*, 15(2), 119-134.
- Belloni Sonzogni, A. (2008a). Il divenire e il riformarsi delle relazioni nell'ultima fase della vita, *Ricerche di Psicologia, Psicologia dell'invecchiamento*, 1-2, 71-89.
- Belloni Sonzogni, A. (2008b). Vissuti di malattia e di morte in oncologia geriatrica. *Giornale di Gerontologia*, 5, 343-345.
- Belloni Sonzogni, A. (2009). L'approccio psicologico in medicina riabilitativa. *Geriatric & Medical Intelligence – Medicina e Anziani*, 18(1), 25-46.
- Belloni Sonzogni, A., Calcaterra, A., De Carolis, C., Feliciani, F., Leonetti, A., Riva, F., & Tummarello, L. (2009). Dialogare con la morte, In SIPI (Società Italiana di Psicologia dell'Invecchiamento). *III Convegno Nazionale di Psicologia dell'Invecchiamento*, Brescia, 13-14 novembre 2009, C. Cristini & A. Porro (Eds.) (p. 90). Rudiano (BS): GAM
- Belloni Sonzogni, A. (2011). Riabilitazione e ristrutturazione del senso di sé. In C. Cristini, A. Porro & M. Cesa-Bianchi (Eds.), *Le capacità di recupero nell'anziano. Modelli, strumenti e interventi per i professionisti della salute* (231-256). Milano: FrancoAngeli.
- Berkman, L. F. (2000). Which influences cognitive function: living alone or being alone?. *Lancet*, 335, 1291-1292. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)02107-3.
- Binstock, R. H., & George L. K. (Eds.) (2001). *Handbook of aging and social sciences*. San Diego: Academic Press.
- Buntinx, F., Kester, A., Bergers, J., & Knottnerus, J. A. (1996). Is Depression in Elderly People followed by Dementia? A Retrospective Cohort Study based in General Practice, *Age and Ageing*, 25(3), 231-233. DOI: 10.1093/ageing/25.3.231.
- Cacioppo, J. T. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion*, 28(1): 3-21. DOI: 10.1080/0269993.2013.837379.
- Cesa-Bianchi, G., & Cristini, C. (1997). Adattamento, timori, speranze: la qualità della vita in un campione di 100 ultrasessantenni, N.P.S., *Rivista della Fondazione "Centro Praxis"*, XVII(4), 557-621.
- Cesa-Bianchi, M., & Trentini G. (1960a). Il disadattamento senile. *Longevità*, VIII(6), 148-158.
- Cesa-Bianchi, M., & Trentini, G. (1960b). Ulteriore contributo allo studio dell'adattamento nell'età senile. *Giornale di Gerontologia*, 1035-1043.
- Cesa-Bianchi, M., & Belloni Sonzogni, A. (1985). Implicazioni psicologiche nelle sindromi demenziali, *Aggiornamento del medico*, 264-270.
- Cesa-Bianchi, M. (1987). *Psicologia dell'invecchiamento. Caratteristiche e problemi*, Roma: La Nuova Italia Scientifica.

- Cesa-Bianchi, M. (1998). *Giovani per sempre? L'arte di invecchiare*. Roma-Bari: Laterza.
- Cesa-Bianchi, M., & Cristini, C. (1999). Il senso della sicurezza nell'anziano. In P. Amerio (Ed.), *Il senso della sicurezza*, ( 57-76). Milano: UNICOPLI.
- Cesa-Bianchi, M. (2000). *Psicologia dell'invecchiamento*. Roma: Carocci.
- Cesa-Bianchi, M., Cristini, C., & Cesa-Bianchi G. (2000). *Anziani e comunicazione tra salute e malattia*. Napoli: Mediserve.
- Cesa-Bianchi, M. (2001). Presentazione. In I. Simeone, *L'anziano e la depressione* ( VII-VIII). Milano: CESI.
- Cesa-Bianchi, M. (2002). Comunicazione, creatività, invecchiamento. *Ricerche di Psicologia*, 3, 175-188.
- Cesa-Bianchi, M. (2003). Prefazione. In C. Cristini e G. Cesa-Bianchi (Eds.), *Il centro diurno integrato per anziani. Una risorsa per la qualità della vita* ( 7-10). Milano: FrancoAngeli.
- Cesa-Bianchi, M., & Cristini, C. (2009). *Vecchio sarà lei! Muoversi, pensare, comunicare*. Guida: Napoli.
- Cesa-Bianchi, M., & Cristini, C. (2014). *Come invecchiare. Dalla psicologia generale alla psicogerontologia*. Aracne: Roma.
- Cesa-Bianchi, M., Cristini, C., Fulcheri, M., & Peirone, L. (Eds.) (2014). *Vivere e valorizzare il tempo. Invecchiare con creatività e coraggio*. Torino: Premedia.
- Cesa-Bianchi, M. (2017). Prefazione. In D. Passafiume & D. Di Giacomo (Eds.), *La Demenza di Alzheimer. Guida all'intervento di stimolazione cognitiva e comportamentale* (9-11). Milano: FrancoAngeli.
- Cesa-Bianchi, M. (2018). Prefazione. In C. Cristini, F. Arrigoni & M. Fumagalli, *La qualità della comunicazione. Alla scoperta dell'anziano in difficoltà* (3-5). Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore.
- Charfi, N., Hajbi, K., Maalej-Bouali, M., Omri, S., Feki, R., Zouari, N., Zouari, L., Ben Thabet, J., & Maalej, M. (2019). Impact du vieillissement sur la qualite de vie dans la schizophrénie: Etude comparative en fonction de l'age. *NPG Neurologie – Psychiatrie – Geriatrie*, 19(110), 91-98. DOI: 10.1016/j.npg.2018.08.004.
- Cipolli, C., & Cristini, C. (Eds.) (2012). La psicologia e la psicopatologia dell'invecchiamento e dell'età senile: un contributo alla ridefinizione dell'arco di vita. Numero monografico dedicato a Marcello Cesa-Bianchi. *Ricerche di Psicologia*, 2-3.
- Colcombe, S., Kramer, A. F. (2003). Fitness effectson the cognitive function of older adults: a meta-analytic study. *Psychological Science*, 14, 125-130. DOI: 10.1111/1467-9280.t01-1-01430.
- Coyle, J. T. (2003). Use it or lose it – Do effortful mental activities protect against Dementia?. *N Engl J Med*, 348, 2489-2490. DOI: 10.1056/NEJMp030051.
- Cristini, C., Pruneri, C., & Aveni Casucci, M. A. (1989). Indagine psicosociale sulla popolazione anziana in una zona di Milano: risultati preliminari. *Giornale di Gerontologia*, XXVII(4), 221-238.
- Cristini, C., & Cesa-Bianchi, M. (1998). Ansie e paure in età senile. *Ciclo evolutivo e disabilità/Life Span and Disability*, 1(1), 23-41.

- Cristini, C., & Guerrini, G. (2001). La depressione nelle case di riposo. In I. Simeone. *L'anziano e la depressione*, (181-195). Roma: CESI.
- Cristini, C., & Cesa-Bianchi, G. (2006). *L'anziano e la sua psicologia*. Rudiano (BS): GAM.
- Cristini, C. (2004). Anziano e psicopatologia. In M. Cesa-Bianchi & O. Albanese (Eds.), *Crescere e invecchiare. La prospettiva del ciclo di vita* ( 125-155). Milano: Unicopli.
- Cristini, C. (Ed.) (2007). *Vivere il morire. L'assistenza nelle fasi terminali*. Roma: Aracne.
- Cristini, C. (2007). Un voyage au travers des pensées les plus variées sur la démence. *Gérontologie et Société*, 122, 193-210.
- Cristini, C., & Cesa-Bianchi, M., (2011). L'ultima creatività fra declino e recupero di sé. In C. Cristini, A. Porro & M. Cesa-Bianchi (Eds.), *Le capacità di recupero dell'anziano. Modelli, strumenti e interventi per i professionisti della salute*, ( 486-521). Milano: FrancoAngeli.
- Cristini, C. (2012a). Conscience et image de soi dans la démence. In G. Arfeux-Vaucher & L. Ploton (Eds.), *Les démences au croisement des non-savoirs. Chemins de la complexité* ( 85-101). Press de l'EHESP, Rennes.
- Cristini, C. (2012b). Demenza e creatività. *Ricerche di Psicologia*, 2-3, 563-576. DOI: 10.3280/RIP2012-002026.
- Cristini, C., Cipolli, C., De Beni, R., & Porro, A. (2012). Editoriale. *Ricerche di Psicologia*, 2-3, 157-164. DOI: 10.3280/RIP2012-002001
- Cristini, C., & Cesa-Bianchi, M. (2017). Dementia: affective and relational aspects. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology*, 5, suppl. 2B, 34-35. DOI: 10.6092/2282-1619/2017.5.1638
- Cristini, C., & Porro, A. (2017). Per un'ergobiografia di Marcello Cesa-Bianchi. *Ricerche di Psicologia*, 40, 4, 443-528. DOI 10.3280/RIP2017-004-004.
- Cristini, C. (2018a). *La demenza: il lato incognito del destino*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore.
- Cristini, C. (2018b). Elderly women and their fears: a pilot investigation. *European Geriatric Medicine*, 9(Suppl 1), S129. DOI: 10.1007/s41999-018-0097-4.
- Cristini, C., & Cesa-Bianchi, M. (2018). Indagine sulle paure delle donne in età senile. In SIPI (Società Italiana di Psicologia dell'Invecchiamento). *XI Convegno Nazionale di Psicologia dell'Invecchiamento*, Milano, 25-26 maggio 2018, 107-108.
- de Beauvoir, S. (1970). *La vieillesse*. Paris: Editions Gallimard.
- De Donder, L., Verté, D., & Messelis, E. (2005). Fear of crime and elderly people: Key factors that determine fear of crime among elderly people in West Flanders. *Ageing International*, 30, 363-376. DOI: 10.1007/s12126-005-1021-z.
- Deshpande N., Metter E. J., Lauretani F., Bandinelli S., Guralnik J., & Ferrucci L. (2008). Activity restriction induced by fear of falling and objective and subjective measures of physical function: a prospective cohort study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 56 (4), 615-620. DOI: 10.1111/j.1532-5415.2007.01639.x.

- Finkel, S. I., & Burns, A. (2000). Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD): a Clinical and Research Update, *International Psychogeriatrics*, 12, suppl. 1.
- Fratiglioni, L., Wang, H., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*, 355, 1315-1319. DOI: 10.1016/S0140-6736(00)02113-9
- Freud, S. (1915). Lutto e melanconia. In *Opere*, vol. VIII. Torino: Boringhieri, 1976.
- Gemelli, A., & Cesa-Bianchi, M. (1952). Disadattamento del vecchio alla vita individuale, familiare e sociale. In *Atti del II Convegno Nazionale di Gerontologia e Geriatria*. Milano 28-30 marzo 1952 ( 33-65). Fidenza: Mattioli.
- Hugonot, R. (1990). *Violences contre les vieux*. Toulouse: Editions Erès.
- Karp, A., Paillard-Borg, S., Wang, H.X., Silverstein, M., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2006). Mental, physical and social components in leisure activities equally contribute to decrease dementia risk. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 21(2), 65-73. DOI: 10.1159/000089919
- Kübler-Ross, E. (1965). *La morte e il morire*. Assisi: Cittadella, 1976.
- Lee, J. C., & Ahmed, I. (2017). Geriatric psychopathology. In J. Streltzer (Ed.), *Culture and psychopathology: A guide to clinical assessment.*, 2nd ed. ( 161-178). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Levin, J., & Levin J. C. (1980). *Ageism: prejudice and discrimination against the elderly*. Belmont: Wadsworth.
- Mushkin, P., Band-Winterstein, T., & Avieli, H. (2018). “Like every normal person?!” the paradoxical effect of aging with schizophrenia. *Qualitative Health Research.*, 28(6), 977-986. DOI: 10.1177/1049732318764389.
- Orrel, M., & Bebbington, P. (1995). Life events and senile dementia. I. Admission, deterioration and social environment change, *Psychological medicine*, 25(2): 373-386. DOI: 10.1017/S0033291700036278.
- Péruchon, M. (2011). *La maladie d'Alzheimer. Entre psychosomatique et neuropsychanalyse. Nouvelles perspectives*. Paris : Herman.
- Ploton, L. (Ed.) (2013). *Ne pas avoir peur de la psychopathologie*. Lyon : Editions Chronique Sociale.
- Scarmeas, N., Albert, S. M., Manly, J. J., & Stern Y. (2006). Education and rates of cognitive decline in incident Alzheimer’s disease, *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 77: 308-316. DOI: 10.1136/jnnp.2005.072306.
- Shakersain, B., Santoni, G., Larsson, S., Faxén-irving, G., Fastbom, J., Fratiglioni, L., & Xu, W. (2016). Prudent diet may attenuate the adverse effects of Western diet on cognitive decline. *Alzheimer’s & dementia: the journal of the Alzheimer’s Association*, 12(2), 100-109. DOI: 10.1016/j.jalz.2015.08.002.
- Simeone, I., & Engelberts, P. (1983). Psychopharmacologie en gériatrie, *Revue Suisse Romande*, 103, 35-42.
- Simeone, I. (2001). *L’anziano e la depressione*. Roma: CESI.
- Trabucchi, M. (2005). *Le demenze*. Torino: UTET Scienze Mediche.

- Verghese, J., Lipton, R. B., Katz, M. J., Hall, C. B., Derby, C. A., Kuslansky, G., Ambrose, A. F., Sliwinski, M., & Buschke, H. (2003). Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. *NEJM*, 348: 2508-2516. DOI: 10.1056/NEJMoa022252
- Walter, H. (1999). *Vivere la vecchiaia. Sfide e nuove qualità di vita*. Roma: Armando.