

LINEE GUIDA PER LA PRATICA PSICOLOGICA CON L'ANZIANO

Introduzione.

Le "Linee guida per la Pratica Psicologica con gli anziani" hanno lo scopo di aiutare gli psicologi nella valutazione della propria preparazione al lavoro con gli anziani, e nel cercare e nell'utilizzare un'adeguata istruzione e formazione per accrescere le loro conoscenze, competenze ed esperienze rilevanti in questo ambito di pratica della professione.

Col termine "Anziani" ci si riferisce in genere a persone dai 65 anni di età in poi ed è ampiamente utilizzato dai Gerontologici e dai responsabili politici. In questo documento utilizzeremo la parola "anziani", in quanto è un termine comunemente usato dai Geropsicologi ed è il termine consigliato nelle pubblicazioni APA (APA, 2010).

Gli obiettivi specifici di queste linee guida sono quelli di fornire ai professionisti (a) un quadro di riferimento nel lavoro clinico con gli anziani, (b) le informazioni di base ed ulteriori riferimenti in materia di atteggiamenti, aspetti generali dell'invecchiamento, problematiche cliniche, valutazione, intervento, consulenza, questioni professionali e formazione continua relativa al lavoro in questo gruppo d'età. Le linee guida riconoscono e apprezzano i numerosi metodi e percorsi attraverso cui gli psicologi possono acquisire competenze e/o cercare la formazione che gli permetta di lavorare con gli anziani. Questo documento è, infatti, progettato per offrire alcune raccomandazioni che riguardano la consapevolezza, la conoscenza e la competenza clinica, applicabili in questo ambito di lavoro, piuttosto che prescrivere metodi specifici di formazione da seguire. Le linee guida riconoscono anche che ci saranno psicologi esperti nei servizi agli anziani, che pertanto possono richiedere una formazione più ampia e coerente con l'attività pratica formalmente riconosciuta di Geropsicologo professionista (APA, 2010b).

<http://www.apa.org/ed/graduate/specialize/gero.aspx>.

Queste linee guida per la pratica professionale sono un aggiornamento delle "Linee guida per la pratica psicologica con gli anziani", originariamente sviluppate dalla Divisione 12/Sezione II (*Society for Clinical Geropsychology*) e dalla Divisione 20 (*Adult Development and Aging*) dell'*Interdivisional Task Force on Practice in Clinical Geropsychology* ed approvate come politica dell'APA dai rappresentanti del Consiglio nell'agosto del 2003. Il termine "linee guida" si riferisce alle dichiarazioni o affermazioni che suggeriscono o raccomandano uno specifico comportamento professionale, un impegno o una condotta per gli psicologi. Esse differiscono dalle norme, che sono tassative e accompagnate da un meccanismo di applicazione, e vogliono quindi servire come ispirazione. Sono infatti destinate ad agevolare lo sviluppo sistematico della professione ed a garantire un alto livello di qualità della pratica professionale degli psicologi. Queste linee guida per la pratica professionale non sono destinate ad essere norme obbligatorie od esaustive potrebbero non essere applicabili in ogni situazione clinica.

Non devono essere intese come definitive e non sono destinate a prevalere sul giudizio degli psicologi. Le linee guida per la pratica professionale sono essenzialmente delle raccomandazioni per i professionisti per quanto riguarda il loro comportamento e le problematiche da prendere in considerazione in determinati ambiti della pratica psicologica. Esse sono coerenti con l'attuale politica dell'APA. E' anche importante sottolineare che le linee guida sono sostituite dalle leggi federali e statali e devono essere coerenti con gli attuali principi etici degli psicologi e con il codice

deontologico dell'APA (APA, 2002a, 2010a). Queste linee guida sono state sviluppate per essere seguite negli Stati Uniti, ma possono essere adattate in modo appropriato per altri paesi.

La necessità di nuove linee guida.

In questo momento una revisione delle linee guida è giustificata dal fatto che la scienza psicologica e la pratica nel campo della psicologia e dell'invecchiamento si stanno rapidamente sviluppando. I clinici e i ricercatori hanno fatto passi notevoli verso l'identificazione degli aspetti unici della conoscenza che facilitano l'accurata valutazione psicologica ed il trattamento efficace degli anziani, come si vede dall'espandersi della letteratura psicologica in questo settore.

Come indicato nelle Linee guida per la pratica psicologica con gli anziani (APA, 2004), la pratica psicologica professionale con gli anziani è in aumento sia per i cambiamenti demografici della popolazione sia per i cambiamenti nelle impostazioni dei servizi e delle forze mercato. L'inclusione degli psicologi in *Medicare* nel 1989 ha notevolmente ampliato le opzioni di rimborso dei servizi psicologici agli anziani. Oggi, gli psicologi forniscono assistenza in diversi contesti, dalle case alle comunità, fino all'assistenza a lungo termine. Tuttavia, gli anziani con disturbi mentali hanno una minore probabilità rispetto ai più giovani di ricevere servizi di salute mentale e, anche quando accade, hanno meno probabilità di ricevere delle cure da uno specialista rispetto alle persone più giovani (*Institute of Medicine*, 2012; Bogner, de Vries, Maulik e Unützer, 2009; Karlin, Duffy e Gleav, 2008; Klap, Unroe e Unützer, 2003; Wang, et al, 2005).

Senza dubbio, nei prossimi anni aumenterà la richiesta di psicologi con una conoscenza su aspetti legati al benessere, alla cultura e alle questioni cliniche propri dell'età avanzata, dal momento che la popolazione anziana è in crescita e diventa sempre più diversificata e le coorti di persone di mezza età e di più giovani che afferiscono a servizi psicologici stanno ora raggiungendo la terza età (Karel, Gatz e Smyer, 2012). Tuttavia, il tempo dedicato alla cura psicologica dell'anziano attualmente non è, e probabilmente non sarà, in grado di soddisfare tale bisogno anticipato (Karel, et al, 2012; Qualls, Segal, Norman, Niederehe e Gallagher-Thompson, 2002). Infatti, i servizi geriatrici di salute mentale non sono adeguatamente formati per soddisfare le esigenze della popolazione anziana per quanto riguarda la salute e la salute mentale (*Institute of Medicine*, 2012).

Gli psicologi offrono il loro servizio agli anziani in molti sottocampi, che includono la clinica, la consulenza, la famiglia, la geropsicologia, la salute, gli aspetti organizzativi, la neuropsicologia, la riabilitazione ed altri. L'indagine condotta dall'APA nel 2008 con i professionisti dei Servizi alla Salute Psicologica ha rilevato che il 4.2% delle persone che hanno risposto dichiarava di vedere negli anziani il loro focus primario e il 39% riportava di dedicare del tempo ai servizi psicologi per gli anziani. Relativamente pochi psicologi, tuttavia, hanno ricevuto una formazione in psicologia dell'invecchiamento. Meno di un terzo degli psicologi membri APA, che ha condotto un lavoro clinico con gli anziani, ha riferito di aver seguito dei corsi di laurea in geropsicologia e meno di uno su quattro riporta di essere stato supervisionato nel suo lavoro o di aver effettuato un tirocinio nell'ambito dell'invecchiamento (Qualls, et.al, 2002). Molti psicologi possono essere restii a lavorare con gli anziani perché sentono di non possedere le conoscenze e le competenze necessarie. Nel sondaggio sui professionisti condotto da Qualls et al., un'alta percentuale degli intervistati (58%) ha riferito di aver bisogno di un'ulteriore formazione per il lavoro professionale e il 70% si è mostrato interessato a frequentare programmi di formazione specializzati in geropsicologia clinica. In due piccole indagini con studenti di psicologia è risultato che oltre la metà degli intervistati desiderava un'istruzione e una formazione in questo settore, e il 90% ha espresso interesse nel fornire servizi clinici per gli anziani (Hinrichsen, 2000; Zweig, Siegal e Snyder, 2006).

Compatibilità delle linee guida.

Queste linee guida si basano sul Codice Etico dell'APA (APA, 2002a, 2010a) e sono coerenti con i "Criteria for Practice Guideline Development and Evaluation" (APA, 2002b) e la preesistente politica dell'APA riguardante le questioni sull'invecchiamento. Queste politiche includono, ma non sono limitate a, la "Resolution on Ageism" (APA, 2002d), "Integrated Health Care for An Aging Population" (APA Presidential Task Force on Integrated Health Care for An Aging Population, 2008), "Resolution on Family Caregivers" (APA, 2011), e "Guidelines for the Evaluation of Dementia and Age-Related Cognitive Change" (APA, 2012b).

Le linee guida risultano, inoltre, coerenti con gli sforzi degli ultimi dieci anni della psicologia, volti a prestare una maggiore attenzione ai punti di forza e alle esigenze degli anziani. La costruzione delle Linee guida per la pratica psicologica con gli anziani (APA, 2004) si è svolta nel 2006 alla *National Conference on Training in Professional Geropsychology* (finanziata in parte dall'APA) ed ha portato allo sviluppo della *Pikes Peak Model for Training in Professional Geropsychology* per tirocini, dottorati, post-dottorato e post-abilitazione (Knight, Karel, Hinrichsen, Qualls e Duffy, 2009). Nello stesso anno, il *Council of Professional Geropsychology Training programs* (CoPGTP) è stato istituito "per promuovere lo stato dell'arte e la formazione della geropsicologia tra i suoi membri, per fornire un forum per la condivisione delle risorse e dei progressi in e tra i programmi di formazione, e per sostenere le attività che preparano gli psicologi alla competenza e alla pratica etica geropsicologica" (<http://www.copgtp.org>). Nel 2010, l'APA *Commission on the Recognition of Specialities and Proficiencies in Professional Psychology* ha riconosciuto la Geropsicologia Professionale come una specializzazione in psicologia. Attualmente è in corso l'iniziativa di sviluppare la specializzazione in geropsicologia attraverso l'*American Board of Professional Psychology* (ABPP). Questo servirà per identificare gli geropsicologi professionali competenti, grazie a credenziali ben riconosciute.

All'interno dell'APA, l'*Office on Aging and the Committee on Aging* ha intrapreso un'iniziativa per sostenere attivamente l'applicazione delle conoscenze psicologiche alle problematiche che riguardano la salute e il benessere degli anziani e per promuovere l'istruzione e la formazione nell'invecchiamento per tutti gli psicologi a tutti i livelli della formazione e dopo l'abilitazione. Negli ultimi decenni, l'invecchiamento è stato al centro di tre Iniziative Presidenziali dell'APA - "Assistenza di cura Integrata per l'invecchiamento della popolazione" del Dr. Sharon Brehm, "Grandi Sfide della Psicologia: Prolungamento Iniziative sulla Vitalità" del Dr. Alan Kazdin e "Le Iniziative per i caregiver familiari" del Dr. Carol Goodheart. Inoltre, molte altre divisioni all'interno dell'APA, oltre alla Divisione 20 (*Adult Development and Aging*) e alla Divisione 12 - Section II (*Society for Clinical Geropsychology*) ed alcune associazioni psicologiche statali, provinciali e territoriali hanno avviato gruppi di lavoro sull'invecchiamento ed altri impegni diretti alla pratica con gli anziani.

Processo di sviluppo delle linee guida.

Nel febbraio del 2012 la P&P (*APA Policy and Planning Board*) in collaborazione con l'*Association Rule 30-8.4*, ha notificato alle Divisioni 20 e 12-Sezione II oltre che all'*Office on Aging* la *deadline* per le Linee Guida APA per la pratica psicologica con l'anziano pubblicate prevista per il 31 dicembre 2013. La BPA (Board of Professional Affairs) e la COPPS (Committee on Professional Practice and Standards) hanno condotto una review circa l'attualità delle linee guida, che è stata approvata. I presidenti delle Divisioni 20 e 12- Sezione II oltre che della CONA (*Chair of APA's Committee on Aging*) hanno inviato raccomandazioni ai membri del *Guidelines for Psychological Practice with Older Adults Revision Working Group*. La BAPPI (Board for the

Advancement of Psychology in the Public Interest) come partner della CONA ha concorso insieme ai membri proposti per il gruppo di lavoro, approvato dall'APA Board of Directors.

I membri del gruppo di lavoro per le Linee guida per la pratica psicologica con gli anziani sono: Gregory A. Hinrichsen, PhD (Chair), Adam Brickman, PhD, Barry Edelstein, PhD, Kimberly Hiroto, PhD, Tammi Vacha-Haase, PhD, and Richard Zweig, PhD. I membri sono stati selezionati in base alla letteratura rilevante e in base alle referenze contenute nelle linee guida iniziali che sono state approvate dalla prima revisione. Hanno partecipato alla formulazione/revisione di tutte e parti del documento e hanno dato suggerimenti per l'inclusione di specifici contenuti e citazioni bibliografiche. Il finanziamento per questo lavoro è stato promosso dall'APA Council of Representatives, Divisione 12-Sezione II e Divisione 20. Non è stato ricevuto altro supporto economico da altro gruppo o singolo professionista, e nessun pagamento è stato effettuato a favore dei membri del gruppo di lavoro prima che le linee guida venissero approvate e implementate.

Le linee guida sono organizzate in 6 sezioni: (a) competenze e atteggiamenti; (b) conoscenze generali sullo sviluppo dell'adulto, sull'invecchiamento e sugli anziani; (c) problematiche cliniche; (d) valutazione; (e) interventi, counseling, e altri servizi erogati e (f) problematiche professionali e formazione.

(A) Competenze ed Atteggiamento nel lavoro con gli anziani.

Linea Guida 1. Gli Psicologi sono incoraggiati a lavorare con gli anziani nel loro ambito di competenza.

La Formazione nella Psicologia Professionale fornisce le competenze generali che possono essere applicate per ottenere benefici negli anziani. Molte persone adulte presentano problematiche simili a quelle presenti ad altre età e generalmente tutti gli psicologi professionisti sono in grado di rispondere a questo repertorio di problematiche con le abilità e le tecniche che possiedono. Ad esempio, gli psicologi sono spesso chiamati a valutare e/o assistere anziani con problematiche relative allo stress o crisi di adattamento all'età che avanza (es. problemi di salute cronici che influenzano il funzionamento quotidiano; Quallas e Benight, 2007). Gli Psicologi giocano un ruolo altrettanto importante negli ultimi anni nel facilitare il mantenimento di un funzionamento sano, la realizzazione di nuovi compiti di un nuovo ciclo di vita e/o il raggiungimento di una crescita psicologica positiva (King e Wynne, 2004). Dal momento che vi sono problematiche comuni tra diversi gruppi d'età, molti più psicologi potrebbero voler lavorare con gli anziani, dato che molte delle loro competenze già esistenti potrebbero essere efficaci con questo tipo di utenza (Molinari e coll., 2003).

Tuttavia, altri problemi sono più diffusi tra gli anziani che tra i giovani (es. demenza, delirium), e altri possono manifestarsi in diversi modi lungo l'arco di vita (es. ansia, depressione), o possono richiedere alcune modifiche degli approcci al trattamento (es. il ritmo della terapia; Knight, 2009; Pachana, Laidlaw, e Knight, 2010). In alcune circostanze, possono essere essenziali abilità e conoscenze specifiche per la valutazione ed il trattamento di determinati problemi nel contesto dell'età avanzata (Pachana, e coll; Segal, Qualls e Smyer, 2011; Zarit e Zarit, 2012).

Il lavoro clinico con l'anziano si basa su una complessa interconnessione di fattori, che includono problematiche legate allo sviluppo specifiche della terza età, prospettive e credenze (es. obblighi familiari, percezione del disturbo mentale) specifiche per una determinata coorte (generazione), comorbidità con malattie fisiche, effetti e potenzialità della polifarmacologia, disturbi cognitivi e

sensoriali, storia pregressa di malattia mentale (Arnold, 2008; Knight & Sayegh, 2010; Robb, Haley, Becker, Polivka, & Chwa, 2003; Segal, Coolidge, Mincic, & O'Riley, 2005). L'interazione tra questi fattori rende il campo d'azione particolarmente sfidante, e richiede agli psicologi di applicare conoscenze e metodi psicologici con competenza.

L'istruzione e la formazione nei processi bio-psico-sociali dell'invecchiamento, con una valutazione e una comprensione dei fattori di coorte, possono aiutare a determinare la natura dei problemi clinici dell'anziano. Inoltre, la considerazione dell'età, del sesso, del background culturale, del livello di alfabetizzazione sanitaria, della resilienza e dei modi abituali di affrontare i problemi della vita, informano sui possibili interventi (Wolf, Gazmararian e Baker, 2005). Così, gli psicologi che lavorano con gli anziani possono avvalersi di una preparazione specifica nel lavoro clinico con questo tipo di popolazione.

Sebbene potrebbe essere ideale che ogni psicologo orientato alla pratica clinica completi all'interno del proprio percorso di studi/pratica clinica anche corsi specifici sui processi di invecchiamento e sulle caratteristiche della popolazione anziana, (Knight, e coll; 2009), per la maggior parte questo non accade (Qualls e coll; 2002). Esaminando queste linee guida, gli psicologi possono confrontare il proprio lavoro e la loro sfera di competenza (APA Codice Etico, 2000a, 2010a) e possono cercare una supervisione o riferimenti appropriati quando le problematiche che si trovano ad affrontare non rientrano nelle proprie competenze. Le linee guida possono anche essere di aiuto agli psicologi che intendono ampliare ulteriormente le loro conoscenze di base in questo settore attraverso la formazione continua e lo studio autonomo.

Un analogo processo di auto-riflessione e di impegno per l'apprendimento riguarda anche agli psicologi che svolgono il lavoro di insegnanti e/o supervisori a studenti. Durante la supervisione degli studenti di psicologia, essi sono incoraggiati a considerare il proprio livello di consapevolezza, conoscenza, formazione ed esperienza nel lavoro con gli anziani, soprattutto prendendo in considerazione un modello di "supervisione basato sulle competenze" (Falender e Shafranske, 2007). Oltre ad un'auto-riflessione, gli strumenti di auto-valutazione standardizzati possono essere utili sia per il supervisore che per il supervisionato, come la *Pikes Peak Geropsychology Knowledge and Skill Assessment Tool*, (Karel, Emery, Molinari, e CoPGTP Task Force on the Assessment of Geropsychology Competencies, 2010; Karel e coll, 2012). Le seguenti linee guida, in particolare la Linea Guida 21, indirizzano il lettore alle risorse di interesse per gli psicologi che intendono approfondire le loro conoscenze sull'invecchiamento e sugli anziani.

Linea Guida 2. Gli Psicologi sono incoraggiati a riconoscere come i loro atteggiamenti e le loro credenze sull'invecchiamento e sugli anziani siano rilevanti quando valutano e trattano questa fascia di popolazione, e a cercare una supervisione o un'ulteriore formazione su queste problematiche quando questo può essere loro utile.

Il Principio E del Codice Etico APA (APA, 2002a, 2010a) esorta gli psicologi a rispettare i diritti, la dignità e il benessere di tutte le persone e ad eliminare l'effetto degli stereotipi culturali e socio-demografici e i pregiudizi (compreso l'*ageism*) dal loro lavoro.

Con *Ageism*, un termine coniato da Butler (1969), ci si riferisce al pregiudizio, allo stereotipo, e/o alla discriminazione nei confronti delle persone semplicemente perché percepite o definite come "vecchie" (International Longevity Center, 2006; Nelson, 2002, 2005; Robb, Chen, e Haley, 2002). L'*Ageism* è evidente tra la maggior parte degli assistenti di cura sanitaria (Ivey, Wieling, e Harris, 2000), inclusi gli assistenti sociali (Curl, Simons e Larkin, 2005; Kane, 2004), gli studenti laureati in Psicologia Clinica (Lee, Volans e Gregory, 2003; Rosowsky, 2005) e gli assistenti sanitari di

persone con malattia di Alzheimer (Kane, 2002). Gli atteggiamenti verso le donne e gli uomini di età avanzata differiscono tra loro in un modo che riflette l'identificazione tra sessismo e *ageism* (Kite e Wagner, 2002) e che provoca un differente impatto con l'anziano in base al genere (Calasanti e Slevin, 2001; Chrisler, 2007). Ad esempio, gli standard culturali di bellezza possono essere amplificati per le donne anziane (Clarke, 2011) e creare pressione su di loro per mantenere un certo corpo e un aspetto coerente con un'immagine giovanile (Calasanti e Slevin, 2001). *L'ageism* può favorire un maggiore richiamo dei tratti negativi che riguardano le persone anziane rispetto a quelli positivi e incoraggiare le discriminazioni (Perdue e Gurtman, 1990; Emlet, 2006). Inoltre, tali atteggiamenti possono assumere molteplici forme, alcune volte sono discreti e spesso senza malizia intenzionale (Nelson, 2005). Perfino le persone con grave demenza rispondono con comportamenti di resistenza quando gli si parla in maniera infantile (Williams, Herman, Gajewski e Wilson, 2009; Williams, Kemper e Hummert, 2004).

Ci sono molti stereotipi inesatti sugli anziani che possono contribuire a *bias* negativi (Cuddy, Norton e Fiske, 2005) ed influenzare i servizi psicologici offerti (Kinight, 2004, 2009). Ad esempio, gli stereotipi si riferiscono ad una visione dell'invecchiamento per cui: (1) con l'età arriva inevitabilmente la demenza; (2) gli anziani hanno alti tassi di malattia mentale, in particolare depressione; (3) gli anziani sono inefficienti nei luoghi di lavoro; (4) la maggior parte degli anziani è fragile e malata; (5) gli anziani sono socialmente isolati; (6) gli anziani non hanno alcun interesse per il sesso e l'intimità e (7) gli anziani sono inflessibili e testardi (Edelstein e Kalish, 1999). Questi stereotipi non sono precisi in quanto la ricerca ha sottolineato che la grande maggioranza degli anziani è cognitivamente intatta, ha tassi di depressione più bassi rispetto ai soggetti più giovani (Fiske, Wetherell e Gatz, 2009), è adattiva e in buona salute funzionale (Depp e Jeste 2006; Rowe e Kahn, 1997) e ha significativi rapporti interpersonali e sessuali (Carstensen e coll., 2011; Hillman, 2012). Inoltre, molti anziani si adattano con successo alle transizioni di vita e continuano ad evidenziare una crescita personale ed interpersonale (Hill, 2005). Gli anziani stessi possono avere stereotipi negativi sull'età (Levy, 2009) ed è stato mostrato che questi prevedevano una serie di risultati negativi come una peggiore prestazione fisica (Levy, Slade e Kasl, 2002), di memoria (Levy, Zonderman, Slade e Ferrucci, 2012) e una ridotta sopravvivenza (Levy, Slade, Kunkel e Kasl, 2002).

Sottogruppi di anziani possono avere delle proprie credenze culturali riguardo ai processi di invecchiamento che sono diverse dalle tradizionali concezioni biomediche occidentali (Dilworth - Anderson e Gibson, 2002). E' utile per gli psicologi, pertanto, tener conto di queste differenze nel momento in cui occorre affrontare le esigenze specifiche di un individuo (Gallagher - Thompson, Haley, Guy, Rupert, Arguelles, Zeiss, lunghi, e coll., 2003).

Gli stereotipi negativi possono divenire delle profezie che si autoavverano ed influenzare negativamente gli atteggiamenti e i comportamenti degli operatori sanitari verso l'utente anziano. Ad esempio, gli stereotipi possono portare gli operatori sanitari a mal diagnosticare i disturbi (Mohlman, Sirota, Papp, Staples, King e Gorenstein, 2011), ridurre impropriamente le loro aspettative di miglioramento (il cosiddetto "nichilismo terapeutico"; Lamberty e Bares, 2013) e ritardare le azioni preventive e il trattamento (Levy e Myers, 2004). Gli operatori possono anche attribuire erroneamente la relazione dei sintomi depressivi trattabili (ad esempio, letargia, perdita di appetito, anedonia) ad aspetti dell'invecchiamento normale. Alcuni psicologi, che non hanno le giuste conoscenze sull'invecchiamento, possono ritenere che gli anziani siano troppo vecchi per cambiare (Ivey e coll., 2000; Kane, 2004) o che abbiano una minore probabilità rispetto ai più giovani di trarre dei benefici dalle terapie psicosociali (Gatz e Pearson, 1988).

Gli psicologi possono anche ottenere dei benefici considerando le proprie risposte nel lavoro con gli anziani. Alcuni professionisti della salute, infatti, possono evitare di prestare servizio agli anziani, perché tale lavoro comporta un disagio correlato al proprio invecchiamento o al rapporto con i

propri genitori o altri familiari (Nelson, 2005; Terry, 2008). Inoltre, lavorando con gli anziani può aumentare la consapevolezza della propria morte, sollevando dei timori sul proprio invecchiamento futuro, e/o il disagio nel discutere di problematiche relative al decesso (Nelson, 2005; Yalom, 2008). Allo stesso modo non è raro per i terapeuti assumere un ruolo paternalistico nei confronti dei pazienti anziani che manifestano notevoli limitazioni funzionali, anche se tali limiti non sono correlati alle loro capacità di trarre dei benefici dagli interventi (Sprenkel, 1999). Atteggiamenti e comportamenti paternalistici possono potenzialmente compromettere la relazione terapeutica (Horvath e Bedi, 2002; Knight, 2004; Nelson, 2005; Newton e Jacobowitz, 1999), influire sulle prestazioni cognitive e fisiche (Levy e Leifheit - Limson, 2009) e rafforzare la dipendenza (Balsis e Carpeno, 2006; Baltes, 1996). Gli stereotipi apparentemente positivi sugli anziani (per esempio, che sono "carini", "infantili" o "come nonni") sono spesso trascurati nelle discussioni sui pregiudizi legati all'età (Brown e Draper, 2003; Edelstein e Kalish, 1999). Tuttavia, anche questi possono influenzare negativamente la valutazione dei processi terapeutici e degli esiti clinici (Kimerling, Zeiss e Zeiss, 2000; Zarit e Zarit, 2007).

Gli psicologi sono incoraggiati a sviluppare delle percezioni più realistiche sulle capacità e i punti di forza, così come sulle vulnerabilità della popolazione. Per ridurre i pregiudizi che possono ostacolare il loro lavoro con gli anziani, è importante che gli psicologi esaminino i loro atteggiamenti verso l'invecchiamento e gli anziani e (dal momento che alcuni pregiudizi possono costituire "punti ciechi") cercare di consultare i colleghi, preferibilmente esperti nel lavoro con gli anziani.

(B) Conoscenze generali sullo sviluppo dell'adulto, sull'invecchiamento e sugli anziani.

Linea Guida 3. Gli Psicologi si impegnino ad acquisire conoscenze sulla teoria e la ricerca nell'ambito dell'invecchiamento.

Le Conferenze di formazione APA hanno raccomandato che gli psicologi acquisiscano familiarità con il contenuto ed il contesto biologico, psicologico, culturale e sociale associato all'invecchiamento normale come parte delle loro conoscenze di base per lavorare con gli anziani (Knight e coll. 1995; Knight e coll., 2009; Santos e VandenBos, 1982). La maggior parte degli psicologi che praticano lavorerà con pazienti, con i loro familiari e i loro caregiver di diverse età, pertanto una formazione completa sull'anziano comprende una prospettiva *life-span* per la quale la conoscenza del range di età che include l'età anziana è molto utile (Abeles e coll., 1998). I criteri di accreditamento APA ora richiedono che gli studenti siano aggiornati sulle conoscenze attuali dello sviluppo umano nel corso di vita (*Commission on Accreditation Implementing Regulations, Section C*).

Negli ultimi 40 anni, una consistente conoscenza di base scientifica si è sviluppata nella Psicologia dell'Invecchiamento, che si riflette nelle numerose pubblicazioni. "La Psicologia dello Sviluppo dell'Adulto e dell'Invecchiamento" (Eisdorfer e Lawton, 1973) è stata la pubblicazione di riferimento che ha posto le basi dello stato attuale delle conoscenze, teorie e metodi della psicologia e dell'invecchiamento. È stata seguita da numerose pubblicazioni scientifiche che hanno fornito una panoramica dei progressi delle conoscenze sull'invecchiamento normale così come la valutazione psicologica e l'intervento con gli anziani (ad esempio, Bengtson, Gans, Putney e Silverstein, 2008; Schaie e Willis, 2011; Lichtenberg, 2010; Scogin e Shah, 2012). Sono ora disponibili informazioni dettagliate sulle risorse materiali per i corsi di formazione o di auto-studio in geropsicologia, compresi i piani di studio, i libri di testo, video e riferimenti di letteratura in vari siti web, tra i quali

APA Division 20, Council of Professional Geropsychology Training Programs, GeroCentral e APA Office on Aging.

La formazione in una prospettiva di sviluppo *life-span* comprende argomenti quali i concetti di età e di invecchiamento, i cambiamenti longitudinali e le differenze trasversali, gli effetti coorte (le differenze tra persone nate in diversi periodi storici) e i progetti di ricerca sullo sviluppo degli adulti e l'invecchiamento (Baltes, Reese e Nesselroade, 1988; Fingerman, Berg, Smith e Antonucci, 2010). Gli studi longitudinali, in cui gli individui vengono seguiti nel corso di molti anni, consentono l'osservazione di come si svolgono le traiettorie individuali di cambiamento. Gli studi trasversali, in cui vengono confrontati gli individui di età diverse, permettono di confrontare diversi gruppi di età. Tuttavia, gli individui sono indissolubilmente legati al proprio tempo nella storia. Cioè, le persone nascono, maturano ed invecchiano all'interno di una determinata coorte generazionale. Pertanto, è utile combinare metodi longitudinali e trasversali per differenziare quali caratteristiche legate all'età riflettono i cambiamenti *life-span* e quali sono le differenze dovute al tempo storico (Schaie, 1977, 2011). Ad esempio, rispetto ai giovani adulti, alcuni anziani possono avere una minore familiarità con la tecnologia, come i test computerizzati, e, pertanto, comprendere l'influenza della coorte in un adulto in età avanzata aiuta a comprendere l'individuo all'interno del suo contesto culturale (Knight, 2004; si veda la Linea guida 5 per un continuo di discussione o si veda Yeo, 2001).

Esistono diverse concezioni di "successo" nella prospettiva *life-span* (Bundick, Yeager, King e Damon, 2010). Inevitabilmente, l'invecchiamento comprende la necessità di accettare i cambiamenti fisici, le limitazioni funzionali ed altri cambiamenti nel funzionamento psicologico e sociale, anche se ci sono notevoli differenze individuali nell'insorgenza, nel decorso e nella gravità di questi cambiamenti. La maggior parte degli anziani si adatta con successo a queste modificazioni. Sono stati proposti negli ultimi anni diversi modelli che spiegano l'adattamento nell'età avanzata con un notevole supporto empirico (Staudinger e Bowen, 2010; Geldhof, Little e Colombo, 2010). Una posizione correlata, in prospettiva *life-span*, è che, nonostante i decrementi biologici associati all'invecchiamento, esiste una crescita potenziale psicologica positiva ed una maturazione in tarda età (Gutmann, 1987; Hill, 2005). Una prospettiva *life-span* aiuta il lavoro degli operatori in quanto possono attingere alla resilienza psicologica e sociale costruita durante il corso di vita per aiutare ad affrontare efficacemente i problemi attuali (Knight, 2004; Anderson, Goodman e Schlossberg, 2012).

Linea Guida 4. Gli Psicologi si impegnino ad essere a consapevoli delle dinamiche sociali e psicologiche del processo d'invecchiamento.

Come parte del continuum dello sviluppo nel corso di vita, l'invecchiamento è un processo dinamico che sfida l'individuo a fare continui adattamenti comportamentali (Labouvie - Vief, Diehl, Jain e Zhang, 2007). Proprio come i modelli di sviluppo degli individui più giovani sono plasmati dalla loro capacità di adattarsi alle normali transizioni di vita, così quelli dei più anziani sono influenzati dalla loro capacità di lottare con successo in alcune transizioni della vita come il pensionamento (Sterns e Dawson, 2012), i trasferimenti residenziali, i cambiamenti nei rapporti con i partner o nel funzionamento sessuale (Levenson, Carstensen e Gottman, 1993; Matthis, Lubben, Atchison e Schweitzer, 1997; Hillman, 2012), nel lutto e nella vedovanza (Kastenbaum, 1999), nonché nelle esperienze non normative, quali eventi traumatici (Cook e Elmore, 2009; Cook e O'Donnell, 2005), l'isolamento sociale e la solitudine. I clinici che lavorano con gli anziani devono essere a conoscenza dei problemi specifici della vita in età avanzata, tra cui il diventare nonno (Hayslip e Kaminski, 2005), l'adattamento ai tipici cambiamenti fisici legati all'età, tra cui i problemi di salute e la disabilità (Aldwin, Park e Spiro, 2007; Schulz e Heckhausen,

1996), o la necessità di integrare o di venire a patti con la propria vita personale di aspirazioni, successi e insuccessi (Butler, 1969).

Le principali sollecitazioni della vita adulta riguardano le perdite e possono essere perdite di persone, oggetti, animali, ruoli, effetti personali, indipendenza, salute e benessere finanziario. Queste perdite possono innescare reazioni problematiche, soprattutto negli individui predisposti alla depressione, ansia o ad altri disturbi mentali. Dal momento che queste perdite spesso sono multiple, i loro effetti possono essere cumulativi. Tuttavia, molti anziani, sfidati dalla perdita, trovano le uniche possibilità per raggiungere la riconciliazione, la guarigione o la più profonda saggezza (Baltes e Staudinger, 2000; Sternberg e Lubart, 2001; Bonanno, Wortman e Nesse, 2004). Inoltre, la maggioranza delle persone anziane conserva le emozioni positive, infatti con l'età migliora la loro regolazione dei loro sentimenti (Charles e Carstensen, 2010) ed esprimono il piacere e la grande soddisfazione per la vita (Charles, 2011; Scheibe e Carstensen, 2010). E' ugualmente interessante notare che, nonostante le molteplici sollecitazioni menzionate prima, gli anziani abbiano una minore prevalenza di disturbi psicologici (diversi dai disturbi cognitivi) rispetto ai più giovani (Gum, King-Kallimanis e Kohn, 2009). Nel lavoro con gli anziani, gli psicologi possono trovare utile tutto ciò nell'individuare i punti di forza o i molti punti in comune con i più giovani, la continuità del sé nel tempo e gli adattamenti che hanno sviluppato nel corso della loro vita per la continua crescita psicologica anche in età avanzata.

Lo sviluppo in questi anni è caratterizzato sia da stabilità che da cambiamenti (Baltes, 1997). Ad esempio, anche se i tratti di personalità mostrano una sostanziale stabilità nel corso della vita (McCrae, et al 2000; Lodi-Smith, Turiano e Mroczek, 2011), una crescente evidenza suggerisce una maggiore plasticità della personalità nella seconda metà della fase di vita rispetto al passato (Costa e McCrae, 2011; Roberts, Walton e Viechtbauer, 2006). Di particolare interesse sono i meccanismi di continuità e cambiamento in cui viene mantenuto un senso di benessere. Ad esempio, anche se le persone di tutte le età ricordano il passato, gli anziani si affidano maggiormente alla reminiscenza in un modo psicologicamente più intenso per integrare le esperienze (O'Rourke, Cappeliez e Claxton, 2011; Webster, 1995). In età avanzata la famiglia, la vita intima, le amicizie, gli altri rapporti sociali (Blieszner e Roberto, 2012) e le relazioni intergenerazionali (Fingerman, Brown e Blieszner 2011; Bengtson, 2001) sono parte integrante nel sostenere il benessere.

Vi è una notevole evidenza empirica che suggerisce che l'invecchiamento in genere porta ad una maggiore consapevolezza che il proprio tempo e le opportunità rimanenti sono limitati (Carstensen, Isaacowitz e Charles, 1999). Dato questo orizzonte temporale ridotto, gli anziani sono motivati a porre sempre più l'accento sugli obiettivi emotivamente significativi. Essi tendono a ridurre le reti sociali ed investire selettivamente nelle relazioni prossimali che sono emotivamente soddisfacenti, come quelle con familiari e stretti collaboratori, in modo da promuovere la regolazione delle emozioni e migliorare il benessere (Carstensen et al., 2011; Carstensen, 2006). Le famiglie e gli altri sistemi di supporto sono, quindi, fondamentali nella vita della maggior parte degli anziani (Antonucci, Birdett e Ajrouch, 2011). Lavorare con le persone in età avanzata spesso coinvolge le loro famiglie e altri supporti - o talvolta la loro assenza (APA, Presidential Task Force on Integrated Health Care for An Aging Population, 2008). Gli psicologi spesso valutano con attenzione i supporti sociali dei pazienti (Edelstein, Martin e Gerolimatos, 2012; Hinrichsen e Emery, 2005) e sono consapevoli del fatto che le difficoltà degli individui possono avere un impatto sul benessere dei membri della famiglia coinvolti. Con queste informazioni è possibile cercare delle soluzioni ai problemi trovando un equilibrio tra il rispetto della loro dignità e della loro autonomia e il riconoscere le opinioni altrui riguardo la necessità delle cure (Linea Guida 19).

Nonostante le persone che generalmente si prendono cura degli anziani siano spesso familiari legati da vincoli di sangue o di matrimonio, gli psicologi possono incontrare anche relazioni complesse,

varie e non tradizionali, tra cui lesbiche, gay, bisessuali e transessuali. Questo documento utilizza il termine "famiglia" in maniera generale per includere anche questi rapporti e riconosce che in questo contesto sono altamente probabili dei continui cambiamenti nelle generazioni future. La consapevolezza e la formazione in questa direzione sono di aiuto allo psicologo nel lavoro con l'anziano e con le sue diverse relazioni familiari e supporti.

Linea Guida 5. Gli psicologi si impegnino a comprendere le differenze nel processo di invecchiamento, in particolare come i fattori socioculturali quali sesso, razza, etnia, status socio-economico, orientamento sessuale, stato di disabilità e residenza urbana / rurale possono influenzare l'esperienza e l'espressione di salute e dei problemi psicologici nella vita adulta.

La popolazione anziana è molto diversa ed è destinata a diventarlo ancora di più nei prossimi decenni (Administration on Aging, 2011). L'eterogeneità tra gli anziani supera quella vista in altre fasce d'età (Crowther e Zeiss, 2003; Cosentino, Brickman, e Manly, 2011). I problemi psicologici sperimentati dagli anziani possono variare a seconda di fattori quali età, sesso, razza, origine etnica e culturale, orientamento sessuale, istruzione, status socio-economico e religione. Va notato che l'età è un debole predittore dei risultati rispetto ad altri fattori quali le caratteristiche demografiche, la salute fisica, la capacità funzionale o la situazione di vita (Lichtenberg, 2010; Schaie, 1993). Ad esempio, le presentazioni cliniche dei sintomi e delle sindromi possono riflettere le interazioni tra questi fattori e il tipo di ambiente clinico o la situazione di vita (Gatz, 1998; Knight e Lee, 2008).

Come osservato nella Linea Guida 3, un fattore importante da tenere in considerazione quando si forniscono servizi psicologici agli anziani è l'influenza dei problemi generazionali o di coorte. Ogni generazione ha circostanze storiche uniche che modellano le prospettive sociali collettive e psicologiche della generazione per tutta la vita. Ad esempio, le generazioni della prima metà del XX secolo possono avere dei valori di autonomia (Elder, Clipp, Brown, Martin e Friedman, 2009; Elder, Johnson e Crosnoe, 2003) più forti rispetto alle coorti successive. Questi valori formativi possono influenzare gli atteggiamenti verso i problemi di salute mentale e verso i professionisti. Come risultato, gli anziani provenienti da precedenti coorti generazionali possono essere più riluttanti rispetto a quelli di coorti successive nel percepire il bisogno di rivolgersi ai servizi di salute mentale quando si sperimentano i sintomi e ad accettare un aiuto psicologico per determinati problemi (Karel, et al., 2012). Coorti emergenti di anziani (ad esempio i "baby-boomers") possono avere prospettive generazionali che li differenziano da quelle precedenti e queste prospettive continueranno ad influenzare profondamente l'esperienza, l'espressione di salute e dei problemi psicologici (Knight e Lee, 2008).

Un dato demografico importante del fine vita è la maggioranza di donne che sopravvivono in età più avanzata (Administration on Aging, 2011; Kinsella e Wan, 2009), che invita a riflettere sulle questioni di genere (Laidlaw e Pachana, 2009). In particolare, proprio grazie alla maggiore longevità delle donne, è più probabile che un anziano sia di sesso femminile piuttosto che maschile. La maggiore aspettativa di vita comporta inoltre diverse conseguenze. Ad esempio, ciò significa che in quanto donna si ha una maggiore probabilità di diventare *caregiver* di altri, diventare vedova e di essere a maggiore rischio di condizioni di salute associate all'età avanzata (APA Joint Task Force of APA divisions 17 e 35, 2007). Inoltre, alcune coorti anziane hanno avuto una minore probabilità di lavorare rispetto alle generazioni più giovani e pertanto, possono avere meno risorse economiche rispetto agli individui della stessa età, ma di sesso maschile (Whitbourne e Whitbourne, 2012). L'instabilità finanziaria può essere particolarmente rilevante per il crescente numero di nonne donne (Fuller-Thompson e Minkler, 2003).

Gli anziani uomini possono vivere l'esperienza dell' invecchiamento in modo diverso dalle donne (Vacha-Haase, Wester e Christianson, 2010). Ad esempio, alcuni uomini potrebbero voler apparire

"forti" e "con il controllo" a causa delle norme sociali prevalenti durante la loro giovinezza, e così divenire anziani che si sforzano di essere così quando incontrano le diverse situazioni di vita (ad esempio, pensionamento forzato dal lavoro, declino della salute fisica, la morte di una persona cara) nelle quali il controllo sembra sfuggire di mano. Inoltre, il servizio militare e le esperienze precedenti di combattimento possono essere importanti per il benessere generale di un uomo anziano, così come possono avere, invece, un impatto negativo sui cambiamenti di salute legati all'età (Wilmoth, London, e Parker, 2010). Questi problemi hanno delle implicazioni pratiche, infatti, gli uomini anziani sono meno disposti a chiedere aiuto per problemi di salute mentale (Mackenzie, Gekoski e Knox, 2006) e più riluttanti nel partecipare al trattamento. Pertanto, la consapevolezza dei problemi che riguardano le donne (Trotman e Brody, 2002), sia dei problemi che riguardano gli uomini (Vacha-Haase, et al., 2010) migliora il processo di valutazione così come quello di trattamento.

E' importante considerare anche l'influenza diffusa dei fattori culturali sull'esperienza di invecchiamento (Tazeau, 2011; Tsai e Carstensen, 1996; Whitfield, Thorpe e Szanton, 2011; Yeo e Gallagher-Thompson, 2006). La popolazione degli anziani di oggi è prevalentemente bianca, ma entro il 2050, le minoranze non-bianche rappresenteranno un terzo di tutti gli anziani negli Stati Uniti (Administration on Aging, 2011). I fattori storici e culturali e l'esperienza di *bias* e pregiudizi, possono influenzare l'identità delle minoranze di anziani e quindi incidere sulla loro esperienza di invecchiamento e sui modelli di *coping*. Molte persone anziane appartenenti a minoranze hanno subito discriminazioni e si sono viste negare l'accesso ad un'istruzione di qualità, al lavoro, ad un alloggio, all'assistenza sanitaria ed altri servizi. Come risultato, molti hanno meno risorse economiche rispetto alla maggioranza, anche se questo dato potrebbe cambiare nelle generazioni future. Ad esempio, più della metà degli Afro-American e Latini vivono un'insicurezza economica (Meschede, Sullivan e Shapiro, 2011). Essere membro di una minoranza ed essere anziano è a volte indicato come un "doppio rischio" (Ferraro e Farmer, 1996). Come conseguenza di questi e di altri fattori (come l'istruzione e la disparità di reddito), gli anziani di questi gruppi minoritari hanno maggiori problemi di salute fisica rispetto alla maggior parte delle persone e spesso ritardano o si astengono dall'accedere ai servizi sanitari e di salute mentale necessari, e ciò può esser dovuto in parte ad una diffidenza storica nei servizi di salute mentale ed nel più grande sistema sanitario (New Freedom Commission on Mental Health, 2003; APA Committee on Aging, 2009; Iwasaki, Tazeau, Kimmel, Baker e McCallum, 2009; Kelley-Moore e Ferraro, 2004). Inoltre, altri fattori legati allo stato di anziano appartenente ad un gruppo di minoranza, tra cui il livello di della conoscenza nella salute, la soddisfazione e gli atteggiamenti verso l'assistenza sanitaria e l'adesione ai regimi medici, sono associati a diversi risultati nel campo della di salute (APA, 2007).

Oltre l'etnia e le minoranze anziane, ci sono minoranze sessuali che includono le persone identificate come lesbiche, gay, bisessuali e transgender (LGBT; David e Cernin, 2008; Kimmel, Rose e David, 2006; Fassinger e Arseneau, 2007). E' importante esser consapevoli che l'identità sessuale interagisce con gli altri aspetti dell'identità (ad esempio, sesso, razza, etnia, stato di disabilità). Persone LGBT hanno spesso subito discriminazioni da parte della società (David e Knight, 2008), oltre che dai professionisti della salute mentale, che in precedenza etichettavano la variazione sessuale come psicopatologia e utilizzavano trattamenti psicologici e biologici per cercare di modificarne l'orientamento. Come per gli altri gruppi di minoranza, le esperienze discriminatorie nel corso della vita possono avere impatti negativi sullo stato di salute. La Linea guida 13 (2012c) discute le particolari sfide che affrontano gli anziani di questo tipo di minoranza.

L'invecchiamento presenta problematiche particolari per le persone con disabilità dello sviluppo o disabilità acquisite (ad esempio, ritardo mentale, autismo, paralisi cerebrale, epilessia, lesioni del midollo spinale, traumi cranici traumatici), nonché menomazioni fisiche come la cecità, la sordità e compromissioni muscolo-scheletriche (Janicki e Dalton, 1999; Rose, 2012; APA, 2012). Dati i

supporti disponibili, l'aspettativa di vita delle persone con disabilità grave può avvicinarsi o essere uguale a quella della popolazione generale (McCallion e Kolomer, 2008; Davidson, Prasher e Janicki, 2008). Inoltre molti disturbi cronici possono influenzare il rischio di problemi psicologici in età avanzata (Tsiouris, Prasher, Janicki, Fernando e Service, 2011; Urv, Zigman e Silverman, 2008) e/o può avere implicazioni per la valutazione psicologica, la diagnosi e il trattamento (APA, 2012a).

L'invecchiamento è anche un riflesso dell'interazione della persona con l'ambiente (Wahl, Iwarsson e Oswald, 2012; Wahl, Fange, Oswald, Gitlin e Iwarsson, 2009). Ad esempio, gli anziani che risiedono in aree rurali spesso hanno difficoltà ad accedere alle risorse disponibili per gli anziani (per esempio, trasporti, centri sociali, programmi di alimentazione) e possono sperimentare bassi livelli di sostegno sociale e, di conseguenza, alti livelli di isolamento (Guralnick, Kemel, Stamm e Greving, 2003; Morthland e Scogin, 2011). Hanno meno accesso ai servizi comunitari di salute mentale e agli specialisti delle case di cura, rispetto agli anziani che risiedono in città (Averill, 2012; Coburn e Bolda, 1999). Modelli recenti che attingono dai trattamenti standardizzati (Gellis e Bruce, 2010) e dalle tecnologie di telemedicina (Richardson, Frueh, Grubaugh, Egede e Elhai, 2009) hanno cominciato ad espandere l'accesso alle cure di salute mentale a coloro che sono costretti a casa ed agli anziani che vivono in zone rurali.

Linea guida 6. Gli psicologi si impegnino ad avere familiarità con le informazioni aggiornate sugli aspetti biologici e sanitari connessi all'invecchiamento.

Nel lavoro con gli anziani, gli psicologi sono incoraggiati ad informarsi sui normali cambiamenti biologici che accompagnano l'invecchiamento. Anche se ci sono notevoli differenze individuali in questi cambiamenti, con l'avanzare degli anni le persone in età avanzata possono sperimentare cambiamenti nell'acuità sensoriale, nell'aspetto fisico e nella costituzione corporea, nei livelli ormonali, nella prestazione della maggior parte degli organi del corpo, nelle risposte immunitarie e una maggiore suscettibilità alle malattie (Masoro e Austad e, 2010; Saxon, Etton e Perkins, 2010). Esse accelerano il declino legato all'età nel funzionamento sensoriale, motorio e cognitivo, mentre lo stile di vita può ridurre o moderare gli effetti dell'invecchiamento su questo funzionamento. Tali processi dell'invecchiamento biologico possono avere componenti significative ereditarie o genetiche (McClearn e Vogler, 2001), verso le quali gli anziani e le loro famiglie possono nutrire delle preoccupazioni. La regolazione dei cambiamenti fisici legati all'età è un compito fondamentale del normale processo di invecchiamento psicologico (Saxon et al.). Fortunatamente, i cambiamenti dello stile di vita, gli interventi psicologici e l'uso di interventi di assistenza possono spesso ridurre il peso di alcuni di questi. Quando i pazienti anziani discutono sulle loro preoccupazioni riguardo la loro salute fisica, il più delle volte riportano deficit di memoria, della vista, dell'udito, del sonno, della continenza e stanchezza.

Per lo psicologo è importante essere in grado di distinguere i modelli normativi del cambiamento da quelli non normativi e determinare la misura in cui i problemi che presenta un anziano sono sintomi della malattia fisica o possono rappresentare delle conseguenze negative dovute ai farmaci. Questa informazione aiuta la formulazione degli interventi appropriati. Quando l'anziano ha a che fare con problemi di salute fisica, il professionista può essere d'aiuto nell'affrontare i cambiamenti fisici e gestire le malattie croniche (Knight, 2004). La maggior parte degli anziani ha più malattie croniche (Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics, 2012) ed ognuna richiede un determinato farmaco e/o la sua gestione. Le condizioni di salute croniche più comuni dell'età avanzata includono l'artrite, l'ipertensione, i deficit uditivi, le malattie cardiache e la cataratta (Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics 2012). Le altre malattie mediche comuni comprendono il diabete, l'osteoporosi, le malattie vascolari, le malattie neurologiche (incluso l'ictus) e le malattie respiratorie. Molte di queste condizioni fisiche sono associate a problemi di salute mentale (Butler e Zeman, 2005; Frazer, Leicht e Baker, 1996; Lyketsos, Rabin, Lipsey e Slavanev,

2008), sia a causa dei contributi fisiologici (ad esempio depressione post-ictus) o in reazione alla disabilità, al dolore e alla prognosi (Frazer, et al.).

Dal momento che spesso gli anziani assumono farmaci per i problemi di salute, è utile essere a conoscenza riguardo agli interventi farmacologici più comuni per i disturbi mentali e fisici in età avanzata. La conoscenza dei farmaci dovrebbe includere, per esempio, la familiarità con la terminologia di prescrizione (ad esempio, "prn"), il marchio e i nomi generici dei farmaci comunemente usati, gli effetti collaterali più comuni, le classi dei farmaci, le interazioni farmacologiche e le differenze legate all'età nella farmacodinamica e farmacocinetica (Koch, Gloth e Nay, 2010). A molti anziani con disturbi mentali, visti dagli psicologi per una valutazione o trattamento, vengono di solito prescritti farmaci psicotropici (Olfson e Marcus, 2009; Mojtabai e Olfson, 2008). Sebbene il trattamento farmacologico per gli anziani con disturbi mentali è di solito il più comune ed efficace per la depressione (Beyer, 2007), ansia (Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley e Craske, 2010) e psicosi (Chan, Lam e Chen, 2011), gli effetti collaterali di questi farmaci potenzialmente dannosi sono particolarmente frequenti nei soggetti con demenza. Ad esempio, in questi ultimi anni si sono sollevate delle preoccupazioni riguardo la necessità nella prescrizione di farmaci antipsicotici, dal momento che si incorre in un maggiore rischio di ictus e di eventi ischemici transitori e di morte sia con i farmaci antipsicotici convenzionali che atipici (Huybrechts, Rothman, Silliman, Brookhart e Schneeweiss, 2011; Jin, et al, 2013).

Secondo il *National Center for Health Statistics*, il 18% degli anziani ha riportato l'utilizzo di antidolorifici, e il 12% delle donne anziane e il 7% degli uomini anziani segnalano l'assunzione di farmaci ansiolitici, ipnotici e sedativi, prescritti durante il mese precedente (NCHS, 2011). Le donne anziane sono più a rischio per un abuso di farmaci ansiolitici (comprese le benzodiazepine), così come per un loro utilizzo per periodi di tempo più lunghi rispetto agli uomini. Infatti l'uso prolungato di questi farmaci non è raccomandato, specie per le persone anziane (Blazer, Hybels, Simonsick e Hanlon, 2000; Grigio, Eggen, Blough, Buchner e Lacroix, 2003). Dato che agli adulti dai 60 anni di età in poi ne vengono prescritti più di una dozzina all'anno (Wilson et al., 2007), si possono riscontrare problemi significativi causati dall'uso di farmaci prescrizioni multiple (Arnold, 2008). Pertanto, sono importanti una maggiore consapevolezza ed interventi volti a ridurre l'esposizione ed a minimizzare i rischi associati ai farmaci e alle loro interazioni negli anziani soprattutto in contesti di cura a lungo termine (Hines e Murphy, 2011).

Gli psicologi possono aiutare gli anziani a mantenere e migliorare la propria salute grazie ad un opportuno stile di vita, attraverso l'alimentazione, la dieta, l'esercizio fisico (Aldwin et al., 2007) ed il trattamento dei disturbi del sonno (McCurry, Logsdon, Teri e Vitiello, 2007). Possono aiutarli a raggiungere il controllo del dolore (Turk e Burwinkle, 2005) e a gestire i farmaci delle loro malattie croniche (Aldwin, Yancura e Boeninger, 2007). Gli altri problemi di salute includono la prevenzione dalle cadute e dalle associate lesioni (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2008) e la gestione dell'incontinenza (Markland, Vaughan, Johnson, Burgio e Goode, 2011). Anche gli anziani che lottano con una malattia terminale possono trarre dei benefici dagli interventi psicologici (Doka, 2008). Tutti questi approcci clinici possiedono un grande potenziale nel contribuire all'assistenza sanitaria geriatrica e possono migliorare lo stato funzionale e la qualità di vita dell'anziano (Aldwin, et al.).

Un altro problema correlato riguarda il fatto che molti anziani sperimentano alcuni cambiamenti nel sonno e spesso è molto difficile determinare se questi sono legati all'età o derivano da problemi fisici, di salute mentale o altre cause (Trevorrow, 2010). Il sonno spesso può essere migliorato mediante l'attuazione di semplici procedure di igiene e di terapia comportamentale, tra cui il rilassamento, la ristrutturazione cognitiva e le istruzioni di controllo dello stimolo (Ancoli-Israele e Ayalon, 2006; Dillon, Wetzler e Lichstein, 2012).

(C)Problematiche cliniche.

Linea Guida 7. Gli Psicologi si impegnino ad avere familiarità con le attuali conoscenze sui cambiamenti cognitivi degli anziani.

Numerosi volumi di riferimento offrono una visione globale della ricerca sull'invecchiamento cognitivo (ad esempio, Craik e Salthouse, 2007; Park e Schwarz, 2000; Salthouse, 2010; Schaie e Willis, 2011). Dal punto di vista clinico, una delle più grandi sfide per i professionisti che lavorano con gli anziani è sapere quando attribuire i sottili cambiamenti cognitivi osservati ad una condizione neurodegenerativa di base o al normale cambiamento che avviene con l'età. Inoltre, diversi fattori di moderazione e mediazione contribuiscono ai cambiamenti cognitivi associati tra gli individui.

Per la maggior parte degli anziani, i cambiamenti associati all'età nella cognizione sono lievi e non interferiscono significativamente con il funzionamento quotidiano. La stragrande maggioranza di essi continua ad impegnarsi in attività portate avanti da lunga data, ad interagire intellettualmente con gli altri, a risolvere attivamente i problemi della vita ed ad acquisire nuove conoscenze. Le funzioni cognitive preservate con l'età comprendono gli aspetti del linguaggio, il vocabolario, la saggezza, il ragionamento e altre abilità che si basano principalmente su conoscenze ed informazioni immagazzinate (Baltes, 1993). Gli anziani rimangono abili nell'apprendere cose nuove, anche se di solito con un ritmo leggermente più lento rispetto ai più giovani.

Tuttavia, molti anziani sperimentano cambiamenti nelle abilità cognitive. Prove dimostrano un maggiore cambiamento delle capacità esecutive (ad esempio, la pianificazione e l'organizzazione delle informazioni) rispetto ad altri domini (West, 1996). Il rallentamento psicomotorio, una riduzione della velocità complessiva dell'elaborazione delle informazioni e una riduzione della abilità di controllo motorio sono altri cambiamenti comunemente associati all'invecchiamento normale (Salthouse, 1996; Sliwinski e Buschke, 1999). I cambiamenti probabilmente riflettono una sottile e non specifica disfunzione sottocorticale e corticale diffusa. Anche l'attenzione subisce delle modifiche, in particolare quella divisa, lo spostamento rapido dell'attenzione e il saper affrontare situazioni complesse (Glisky, 2007). Il funzionamento della memoria implica il richiamo implicito od esplicito di informazioni codificate recentemente o da più tempo. Diversi aspetti della memoria mostrano un declino con l'invecchiamento normale (Brickman e Stern, 2009). Questi includono: la memoria di lavoro (il mantenere le informazioni mentre le si utilizza per l'esecuzione di un'altra operazione mentale), la memoria episodica (il ricordo esplicito di eventi), la memoria per le fonti (il contesto in cui si è appreso l'informazione) e la memoria a breve termine (il passivo immagazzinamento a breve termine delle informazioni). Questi cambiamenti nella memoria si verificano nonostante la memoria semantica rimanga relativamente conservata (il richiamo di fatti di cultura generale o acquisiti in precedenza) e anche la memoria procedurale (apprendimento di abilità e il loro richiamo) e il *priming* (un tipo di memoria implicita in cui la risposta ad un indizio è influenzata da una precedente esposizione ad uno stimolo).

Molti fattori influenzano la cognizione ed i modelli di mantenimento o di declino delle prestazioni intellettuali nell'invecchiamento, compresi la genetica, la salute, la personalità, la povertà, la discriminazione, l'oppressione ed altre variabili. I deficit sensoriali, in particolare della vista e dell'udito, spesso ostacolano e limitano il funzionamento cognitivo degli anziani (Glisky, 2007). Le malattie cardiovascolari possono compromettere le funzioni cognitive così come anche alcuni farmaci usati per il trattamento di alcune malattie comuni nella vita adulta (Waldstein, 2000; Backman et al, 2003). Complessivamente, tali fattori possono spiegare gran parte del declino degli anziani nel funzionamento cognitivo, in contrapposizione al normale processo di invecchiamento. Oltre all'integrità sensoriale e alla salute fisica, i fattori psicologici possono influenzare la

cognizione. Gli esempi includono lo stato affettivo, il senso di controllo e di auto-efficacia (Fuller-Iglesias, Smith e Antonucci, 2009), l'uso attivo di strategie di elaborazione delle informazioni e la continua pratica delle capacità mentali intatte (Schooler, Mulatu e Oates, 1999).

Negli ultimi anni, è aumentata la consapevolezza che lo stile di vita può influenzare la cognizione in tarda età. Il mantenimento della salute vascolare ha un chiaro impatto sul benessere fisico ed è stato evidenziato un impatto anche sulla salute cognitiva. La pressione alta, il diabete, il fumo, le malattie cardiache e l'obesità sono collegate all'invecchiamento cognitivo ed ad un aumentato rischio di malattie neurodegenerative come il morbo di Alzheimer (Barnes e Yaffe, 2011). D'altra parte, l'impegno nell'esercizio aerobico, in attività cognitivamente stimolanti e una dieta conforme allo "stile mediterraneo" (Scarmeas et al, 2009; Wilson et al, 2002) possono avere benefici per l'invecchiamento cognitivo.

Una rilevante minoranza di anziani soffre di compromissioni significative della cognizione che influenza le capacità funzionali. Seguendo una corrente di concettualizzazione clinica (American Psychiatric Association DSM IV-TR., McKhann et al., 1984), una diagnosi di demenza viene effettuata quando si sviluppa un deterioramento cognitivo che è abbastanza grave da influenzare le attività di base e strumentali della vita quotidiana. La percentuale di demenza aumenta drammaticamente con l'età, con circa il 5% della popolazione di un'età compresa tra 71 e 79 anni e il 37% della popolazione sopra 90 anni (Plassman et al., 2007) . Le cause più comuni sono l'Alzheimer e le malattie cerebrovascolari. La prima si riferisce alla presenza di una caratteristica patologia cerebrale (cioè placche e grovigli neurofibrillari) che si traduce in definitiva in demenza. La malattia può presentare molte variabili e rispetto ad altre patologie neurodegenerative. Tra gli individui con lieve compromissione, deficit eccessivi nelle funzioni visuospatiali o esecutive possono indicare altre eziologie. La demenza a corpi di Lewy , il morbo di Parkinson e la sclerosi multipla sono altre patologie abbastanza comuni. Cause meno comuni di demenza includono una compromissione del lobo frontotemporale, la paralisi sopranucleare progressiva, la degenerazione cortico-basale, la malattia di Creutzfeldt Jakob, l'encefalopatia traumatica cronica ed altre. L'attuale standard clinico è quello di diagnosticare la malattia di Alzheimer nelle persone con progressivo deterioramento cognitivo nel funzionamento della memoria e in almeno un altro dominio cognitivo con una compromissione funzionale e l'assenza di altre caratteristiche patologiche che possono spiegare completamente la sindrome secondo i criteri diagnostici (McKhann et al .). Sulla base di decenni di ricerca sulla biologia della malattia di Alzheimer, c'è ora una maggiore condivisione sui continui cambiamenti biologici che possono essere responsabili della sindrome di demenza associata alla malattia (Jack Jr. et al., 2010). Nel 2012 la "US Food and Drug Administration" ha approvato l'uso della PET amiloide per la diagnosi di malattia di Alzheimer (Garber, 2012). Gli psicologi devono sforzarsi di comprendere i cambiamenti biologici legati alla malattia e le altre cause di demenza e i loro sintomi neuropsicologici e neuropsichiatrici associati .

Alcuni anziani sperimentano un declino cognitivo significativo che è maggiore di quanto ci si aspetterebbe nell'invecchiamento normale, ma non abbastanza grave da inficiare le capacità funzionali. Il termine "lieve deterioramento cognitivo" (MCI, Mild Cognitive Impairment) è generalmente utilizzato per descrivere questi individui. Il MCI può essere suddiviso in vari sottotipi (ad esempio, amnesici e non-amnesici, ad uno o più domini interessati), che possono avere qualche utilità prognostica rispetto al futuro declino cognitivo e all'eziologia sottostante (Winblad, et al., 2004). Sono numerose le cause biologiche e psicologiche del deterioramento cognitivo in età avanzata che possono essere reversibili (ad esempio, farmaci, disturbi della tiroide, deficit di vitamina B12, depressione, disturbi infiammatori sistemici; Ladika e Gurevitz 2011). Allo stesso modo, gli stati confusionali acuti (delirium) spesso segnalano una sottostante malattia, processi di infezione, reazioni tossiche ai farmaci o abuso di droghe, che possono essere letali se non trattati, ma possono essere curati dalla medicina (Inouye , 2006).

Il Deterioramento cognitivo negli anziani richiede un notevole contributo da parte dei familiari; ed è ormai noto che i membri della famiglia sono spesso altamente stressati e richiedono un sostegno e l'accesso alle risorse della comunità (APA Presidential Task Force on Caregivers, 2011, APA, 2011).

Linea Guida 8. Gli Psicologi si impegnino a comprendere la capacità funzionale dell'anziano in un ambiente fisico e sociale.

La maggior parte degli anziani mantiene elevati livelli di funzionamento, suggerendo così che i fattori legati alla salute, allo stile di vita ed una combinazione tra le abilità funzionali e le esigenze ambientali determinino delle prestazioni più efficaci rispetto al solo contributo dell'età (Baltes, Lindenberger e Staundinger 2006; Lichtenberg, 2010). La capacità funzionale ed i fattori correlati influenzano le decisioni degli anziani riguardo all'occupazione, alla salute, alle relazioni sociali, alle attività ricreative e all'ambiente di vita. Ad esempio, molti anziani vorrebbero rimanere nel mercato del lavoro (Sterns e Dawson, 2012). Tuttavia, l'aumento dei problemi di salute ed il loro effetto sul funzionamento possono renderlo difficoltoso. I cambiamenti nelle capacità funzionali possono influenzare anche altri aspetti. I rapporti intimi possono diventare difficili per la presenza di problemi di salute in uno od entrambi i partner. Tra i figli adulti possono nascere disaccordi o peggio, circa le diverse aspettative sulle cure da offrire al proprio genitore. I crescenti bisogni di assistenza sanitaria possono essere frustranti per gli anziani a causa delle esigenze di tempo, finanze, trasporti e la mancanza di comunicazione tra gli operatori.

Il livello che l'individuo mantiene o non mantiene riguardo "la competenza di tutti i giorni" (cioè, la capacità di funzionare in modo indipendente senza l'affidamento ad altri per la propria cura di base; Smith e Baltes, 2007; Knight e Losada, 2011) determina il bisogno di supporti nell'ambiente di vita. Inoltre, tali supporti sono importanti per bilanciare i bisogni della persona tra l'autonomia e la qualità di vita. Ad esempio, per alcuni anziani, i problemi di salute rendono difficile l'impegno nelle attività di vita quotidiana tanto da richiedere l'assistenza domiciliare sanitaria. Alcuni reputano stressante la presenza degli assistenti sanitari nelle loro case a causa delle esigenze finanziarie di tali cure, delle differenti aspettative su come dovrebbe essere fornita tale assistenza, delle differenze culturali tra operatori e destinatario e delle credenze riguardo al fatto che le uniche persone da cui possono accettare di esser curati sono i membri della propria famiglia. Le prospettive teoriche sull'adattamento persona-ambiente (Wahl, et al., 2009) hanno una notevole applicabilità quando un anziano evidenzia un declino funzionale. Ad esempio, alcuni individui con deterioramento cognitivo o funzionale lieve si adattano con successo agli ambienti che richiedono compiti non troppo impegnativi. Quando la capacità funzionale diminuisce, l'ambiente diventa sempre più importante per massimizzare il loro funzionamento ed il mantenimento della loro qualità di vita (Lawton, 1989. Wahl, et al., 2012).

I cambiamenti nella capacità funzionale possono inoltre modificare i ruoli sociali ed indurre tensioni emotive sia nella persona che nei membri della famiglia coinvolti nella loro cura (Schulz e Martire, 2004; Qualls e Zarit, 2009). Gli anziani e i loro familiari spesso affrontano decisioni difficili riguardanti il fatto che la persona con un calo delle prestazioni cognitive possa gestire le finanze, guidare, vivere in modo indipendente, gestire i farmaci e molte altre questioni (Marson, Hebert e Solomon, 2011). I *caregivers* sperimentano spesso alti livelli di stress e sono ad un rischio maggiore di depressione, ansia, rabbia e frustrazione (Gallagher-Thompson et al, 2003; APA, 2011), così come di una compromissione del sistema immunitario (Fagundes, Gillie, Derry, Bennett, e Kiecolt-Glaser, 2012), anche se la ricerca suggerisce che determinate credenze e valori culturali possono diminuire la percezione di stress (Aranda e Knight, 2008). Allo stesso modo, gli anziani che si prendono cura di altre persone (ad esempio, genitori anziani di figli con disabilità di lunga data o gravi disturbi mentali) potrebbero avere la necessità di organizzare la loro cura futura

(Davidson, et al., 2008). I nonni anziani che si assumono la responsabilità dei loro nipoti affrontano le preoccupazioni (così come le potenziali ricompense) della genitorialità in età avanzata (Fuller-Thomson, Minkler & Driver, 1997; Hayslip & Goodman, 2008).

Anche gli anziani che rimangono in uno stato di relativa buona salute cognitiva e fisica sono la testimonianza di un mondo sociale che cambia, in quanto membri anziani di una famiglia e amici di chi sperimenta il declino fisico (Fingerman e Birditt, 2011, Myers, 1999). I rapporti cambiano, incontrare gli amici e la famiglia diventa più difficile ed aumentano anche i bisogni di assistenza. Molte persone che fanno da *caregiver* sono essi stessi anziani, che riescono a sostenere i problemi di salute fisica e l'adattamento psicologico dell'invecchiamento. La morte di amici e familiari più anziani è qualcosa che molti sperimentano (Ramsey, 2012). I più vecchi (le persone dagli 85 anni in su) a volte sono gli unici sopravvissuti tra i coetanei che hanno conosciuto. Queste persone anziane non devono solo affrontare le conseguenze emotive di queste perdite, ma anche le sfide pratiche su come ricostituire un mondo sociale significativo. Per alcuni anziani, la spiritualità ed altre forme di credenza possono essere particolarmente importanti nel sostenere queste perdite (McFadden, 2010; Ramsey).

Linea Guida 9. Gli Psicologi si impegnino ad essere informati sulla psicopatologia della popolazione anziana ed essere consapevoli della prevalenza e della natura di tale psicopatologia quando forniscono servizi agli anziani

La maggior parte delle persone più anziane gode di una buona salute mentale. Tuttavia, le stime di prevalenza indicano che circa il 20-22% degli anziani può soddisfare i criteri per una qualche forma di disturbo mentale, tra cui la demenza (Karel, et al, 2012; Jeste et al., 1999). Le donne anziane hanno tassi più elevati per alcuni disturbi mentali (ad esempio la depressione) rispetto agli uomini (Norton, et al., 2006) e la ricerca continua a sostenere un benessere soggettivo leggermente inferiore per le donne anziane rispetto agli uomini, molto probabilmente a causa degli svantaggi che le donne sperimentano in materia di salute e con la vedovanza (Pinquart e Sörensen, 2001). Per coloro che vivono con una assistenza a lungo termine (LTC), le stime sono molto più alte, con quasi l'80% che soffre di qualche disturbo mentale (Conn, Hermann, Kaye, Rewilak, e Schogt, 2007). Gli anziani possono presentare una vasta gamma di problemi psicologici di attenzione clinica. Questi problemi comprendono quasi tutti quelli che colpiscono i più giovani. Inoltre, gli anziani possono beneficiare dei servizi psicologici quando sperimentano delle problematiche specifiche in età avanzata, comprese quelle riguardo allo sviluppo e ai cambiamenti sociali. Alcuni problemi che interessano raramente i più giovani, in particolare le demenze dovute a malattie degenerative del cervello e l'ictus, sono molto più comuni in età avanzata (Linea Guida 7).

Gli anziani possono soffrire anche di disturbi psicologici recidivi che hanno già vissuto da giovani (Whitbourne e Meeks, 2011; Hyer e Sohnle, 2001) o sviluppare nuovi problemi causati dalla vecchiaia o dalla neuropatologia. Altre persone hanno una storia di malattia mentale cronica o disturbo di personalità, la cui presentazione può cambiare o essere ulteriormente complicata a causa del deterioramento cognitivo, della comorbilità medica, della politerapia e delle problematiche legate al fine vita (Feldman e Periyakoil, 2006; King, Heisel e Lyness, 2005; Zweig e Agronin, 2011). Infatti, questi anziani con gravi malattie mentali presentano problematiche particolari per quanto riguarda la valutazione e l'intervento, in parte dovute al ridotto sostegno sociale in età avanzata che può tradursi in divenire senz'altro e nell'ammissione inopportuna in strutture di assistenza a lungo termine (Depp, Loughran, Vahia e Molinari, 2010; Harvey, 2005). Tra gli anziani che cercano servizi sanitari, la depressione e i disturbi d'ansia sono tra i più comuni, come lo sono i disturbi dell'adattamento e i problemi derivanti dall'uso improprio di farmaci di prescrizione (Gum, et all., 2009; Wetherell, Lenze e Stanley, 2005; Reynolds e Charney, 2002). Il suicidio è una tra le preoccupazioni maggiori quando combinato con la depressione, infatti i tassi di suicidi, in particolare degli anziani maschi bianchi, sono tra i più alti di qualsiasi altra fascia d'età (Heisel e

Duberstein, 2005; Kochanek, Xu, Murphy, Minino e Kung, 2012; Linea Guida 16). Come osservato in precedenza, i disturbi cognitivi, tra cui il morbo d'Alzheimer, sono anche comunemente osservati tra gli anziani che ricevono un'attenzione clinica. La grande maggioranza degli individui con problemi di salute mentale cerca aiuto dal proprio medico di base, piuttosto che dalle strutture specifiche di salute mentale (Arean, et al., 2005; Gum, et al., 2006).

Gli anziani hanno spesso problemi di salute e di salute mentale concorrenti. I disturbi mentali possono coesistere tra loro (per esempio, quelli con un disturbo dell'umore che si manifesta anche concomitante all'abuso di sostanze o di personalità patologica; Segal, Zweig e Molinari, 2012). Allo stesso modo, gli anziani affetti da demenza in genere evidenziano sintomi psicologici coesistenti, che possono includere depressione, ansia, paranoia e disturbi comportamentali. Poiché le malattie croniche sono più frequenti in età avanzata, i disturbi mentali sono spesso associati alla malattia fisica (Aldwin, et al, 2007;. Karel, et al, 2012.). Porre attenzione ai problemi di salute fisica e mentale concomitanti è un concetto chiave nella valutazione. Complica ulteriormente il quadro clinico il fatto che a molti, con compromissioni sensoriali o motorie, vengono prescritti più farmaci. Tutti questi fattori possono interagire in modi che sono difficili da distinguere da un punto di vista diagnostico. Ad esempio, i sintomi depressivi a volte sono causati da malattie fisiche (Frazer, et al, 1996;. Weintraub, Furlan, e Katz, 2002), altre volte, la depressione è una risposta all'esperienza della malattia fisica. La depressione può aumentare il rischio che la malattia fisica si ripeta e si riduca l'adesione al trattamento o che diminuisca la risposta alle cure mediche. Prove crescenti collegano la depressione negli anziani ad un aumento della mortalità, non imputabile al suicidio (Schulz, Martire, Beach, e Scherer, 2000).

Alcuni disturbi mentali come la depressione e l'ansia possono avere manifestazioni uniche negli anziani e sono spesso coesistenti con altri disturbi mentali. Ad esempio, la depressione in età avanzata può coesistere con il deterioramento cognitivo e gli altri sintomi di demenza, o può essere espressa in forme che non hanno manifestazioni evidenti di tristezza (Fiske, et al., 2009). Può quindi essere difficile determinare se i sintomi come l'apatia ed il ritiro sono causa di un disturbo dell'umore primario, un disturbo neurocognitivo primario, o di una combinazione dei disturbi. Inoltre, i sintomi depressivi possono a volte riflettere il confronto degli anziani con gli aspetti dal punto di vista evolutivo impegnativi dell'invecchiamento, venire a patti con la realtà esistenziale del declino e della morte fisica, o con crisi spirituali.

I disturbi d'ansia, relativamente comuni negli anziani, sono meno diffusi tra la popolazione più giovane e non fanno parte del normale invecchiamento (Wolitzky-Taylor, et al., 2010). Anche se gli anziani tendono a presentare sintomi di ansia simili a quelli dei più giovani, il loro contenuto riguardo a paure e preoccupazioni tende ad essere correlato all'età (ad esempio, problemi di salute; Stanley e Beck, 2000). È stato evidenziato che le persone con disturbo di panico o disturbo da stress post-traumatico tendono a mostrare dei modelli di sintomi che differiscono da quelli dei più giovani (Lauderdale, Cassidy-Eagle, Nguyen e Sheikh, 2011). Inoltre, nonostante la prima insorgenza di un disturbo d'ansia sia rara, questo non vale tutti (ad esempio, Disturbo d'Ansia Generalizzato, Disturbo da stress post-traumatico; Stanley e Beck, 2000; Wolitzky-Taylor, et al). E' il caso della depressione, i sintomi di ansia nelle persone anziane spesso coesistono e possono essere difficili da distinguere dai sintomi attribuibili alla depressione stessa, a problemi di salute, ai farmaci o al declino cognitivo. Si osservano anche le relazioni reciproche; per esempio, quando un problema di ansia (ad esempio la paura di camminare per paura di cadere) si sviluppa in seguito ad uno stress medico, può complicare notevolmente il recupero fisico di una persona anziana. Inoltre, una recente ricerca suggerisce che la comune co-occorrenza di ansia con la depressione può rallentare la risposta al trattamento per gli anziani con depressione (Andrescu, Lenze, e Mulsant, et al., 2009), e che anche i livelli sotto-soglia dei sintomi di ansia possono alimentare sforzi clinici (Wolitzky-Taylor, et al.).

L'abuso di sostanze è un problema che viene spesso riscontrato nel lavoro clinico con gli anziani (IOM, 2012; Blow, Oslin e Barry, 2002). Quasi la metà di tutti gli anziani beve alcolici, e il 3,8% di quelli che vivono in comunità riporta di bere in maniera smisurata (IOM, 2012). Tutti gli anziani sono a maggior rischio di problemi correlati all'alcol a causa dei cambiamenti fisiologici legati all'età, tuttavia le donne tendono ad essere più esposte degli uomini agli effetti fisici dell'alcol (Blow e Barry, 2002; Epstein et al., 2007). Circa il 2,2% degli uomini anziani e l'1,4% delle donne anziane riporta l'uso di droghe illegali come cocaina, eroina e marijuana nell'ultimo anno e questo tasso dovrebbe aumentare come l'età baby boomer (IOM, 2012).

Altre problemi osservati nei pazienti anziani sono: dolore (Frank, Prigerson, Shear e Reynolds, 1997; Lichtenthal, Cruess e Prigerson, 2004), insonnia, disfunzioni sessuali, disturbi psicotici (McCurry, et al, 2007), che includono schizofrenia e disturbi deliranti (Palmer, Folsom, Bartels, e Jeste, 2002), disturbi di personalità (Segal, Coolidge, e Rosowsky, 2006), e comportamenti distruttivi (ad esempio, wandering, comportamento aggressivo), che possono essere presenti in individui affetti da demenza o altro deterioramento cognitivo (Cohen-Mansfield e Martin, 2010). La familiarità con i disturbi mentali in età avanzata è comunemente osservata in ambito clinico, il loro presentarsi e la loro relazione con i problemi di salute fisica facilita l'accurato riconoscimento e un'adeguata risposta terapeutica a queste sindromi. Sono disponibili molti volumi di riferimento per i clinici sui disturbi mentali in età avanzata (ad esempio, Laidlaw e Knight, 2008; Pachana e Laidlaw, in corso di stampa; Pachana, Laidlaw e Knight, 2010; Segal, et al, 2011; Whitbourne, 2000; Zarit e Zarit, 2007) e la letteratura in questo settore è in rapida espansione.

(D)Valutazione.

Linea Guida 10. Gli psicologi si impegnino ad avere familiarità con la teoria, la ricerca e la pratica relative a vari metodi di valutazione e devono conoscere gli strumenti adatti sia da un punto di vista culturale che psicometrico.

I metodi maggiormente utili per la valutazione dell'anziano possono includere l'intervista clinica, misure self-report, test di performance cognitiva, l'osservazione comportamentale diretta, giochi di ruolo, tecniche psicofisiologiche, neuroimaging e la raccolta anamnestica. Gli psicologi dovrebbero aspirare ad avere dimestichezza con gli approcci biologici contemporanei per la diagnosi differenziale e la caratterizzazione della malattia, e comprendere come le informazioni che derivano dalle tecniche di valutazione utilizzate in tali approcci, benché non direttamente applicate, possano contribuire al processo di valutazione e di definizione del quadro clinico.

ad una valutazione interdisciplinare è preferibile una valutazione geriatrica approfondita, incentrata sull'individuazione sia di punti di forza che di debolezza dell'anziano, con l'obiettivo di comprendere come diverse problematiche possano interagire e quali fattori siano implicati. Nel valutare l'anziano, infatti, è utile accertare la possibile influenza dei farmaci e dei disturbi medici poiché, ad esempio, essi talvolta sono simili ai disturbi psicologici. altri possibili fattori da indagare includono fattori ambientali immediati sul problema/i presentato/i, e la natura e l'entità del sostegno sociale familiare o di altro all'anziano. In molti contesti, in particolare di cura ambulatoriale e in ospedale, gli psicologi sono spesso invitati a valutare gli anziani per quanto riguarda la depressione, ansia, deficit cognitivo, disturbi del sonno, i fattori di rischio di suicidio, sintomi psicotici, capacità decisionale, e la gestione dei problemi di comportamento associati a questi ed altri disturbi.

Lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze circa l'utilizzo di misure standardizzate si basa sulla comprensione della teoria psicometrica, sulla standardizzazione di test e sull'importanza di utilizzare strumenti di valutazione che hanno dimostrato di essere affidabili e validi per la

popolazione anziana. Questo sforzo include una comprensione dell'importanza di norme appropriate e contenuti legati all'età. Quando non vi sono strumenti per misurare un particolare dominio (ad esempio, la personalità, la psicopatologia), i clinici sono incoraggiati a fare affidamento su strumenti di valutazione sviluppati per i giovani per i quali sono disponibili dati normativi, e vi è validità e affidabilità tali da sostenere il loro uso con gli anziani.

Chi lavora con l'anziano deve sforzarsi di comprendere i limiti dell'uso di tali strumenti, considerare che questo approccio lascia aperta la questione della validità di contenuto, ed interpretare i risultati della valutazione tenendo conto di tutto ciò. Sono disponibili varie risorse (ad esempio, Edelstein, et al, 2008;. Lichtenberg, 2010) che forniscono discussioni della valutazione dei vari disturbi e dei problemi degli anziani. Acquisire una comprensione del problema clinico presentato può anche essere d'aiuto nelle valutazioni degli altri comportamenti disadattivi persistenti (ad esempio, l'eccesso di dipendenza) e/o fattori contestuali (come ad esempio i modelli di interazione familiare, il livello di sostegno sociale, e le interazioni con altri residenti e il personale se si lavora in un ambiente di cura a lungo termine).

L'età non è l'unico limite potenziale nell'utilizzo di alcuni strumenti di valutazione diagnostici e standardizzati. Anche i fattori multiculturali possono svolgere un ruolo significativo nel processo e nell'esito della valutazione (Linea Guida 5). È importante per gli psicologi considerare le possibili influenze culturali sulle caratteristiche psicometriche dello strumento di valutazione. Non sempre sono disponibili delle norme culturalmente appropriate per gli strumenti di valutazione, così spetta allo psicologo capire i potenziali limiti dei dati normativi esistenti e le questioni etiche connesse quando si valutano anziani diversi da un punto di vista culturale (ad esempio, Brickman, Cabo e Manly, 2006). La validità dei contenuti degli strumenti di valutazione può essere compromessa da differenze cross-culturali nell'esperienza e la presentazione dei disturbi psicologici (ad esempio, depressione; Futterman, Thompson, Gallagher-Thompson e Ferris, 1997). Tra le diverse culture possono esserci delle differenze considerevoli all'interno del gruppo e tra i gruppi, e le presentazioni cliniche possono variare a seconda dei diversi gradi di assimilazione, esperienza educativa, e acculturazione (Edelstein, Drozdick e Ciliberti, 2010). Gli stili di risposta agli item del test possono variare tra i gruppi culturali ed influenzare l'esito della valutazione. Ad esempio, gli individui Asiatici Americani hanno la tendenza ad evitare l'uso degli estremi sulle scale di valutazione (Sue, Cheng, Saad e Chu, 2012). Infine, è importante che lo psicologo sintetizzi i risultati della valutazione tenendo conto delle caratteristiche culturali e linguistiche della persona valutata (AERA, APA e NCME, 1999, APA, 2002c).

Oltre alla valutazione diagnostica standardizzata, anche la valutazione del comportamento possiede notevoli applicazioni nel lavoro con gli anziani, in particolare per gli psicologi che lavorano in ospedale o in altri istituti di cura (Dwyer-Moore e Dixon, 2007; Molinari e Edelstein, 2010; Zarit e Zarit, 2011). Le analisi funzionali e la valutazione sono spesso utili con le persone che presentano problemi come wandering (Dwyer-Moore e Dixon, 2007; Hussian, 1981), aggressività ed agitazione (Cohen-Mansfield e Martin, 2010; Curyto, Trevino, Ogland-mano e Lichtenberg, 2011), consentendo al clinico di identificare le variabili sottostanti ai comportamenti problematici. Possono anche essere di aiuto la combinazione di test standardizzati e la valutazione del comportamento. Nel valutare gli anziani, in particolare quelli con deterioramento cognitivo significativo, gli psicologi possono basarsi notevolmente sui dati forniti. È utile essere a conoscenza dei modi efficaci di raccolta di tali informazioni e le considerazioni generali su come interpretarli in relazione ad altri dati. Allo stesso modo, le valutazioni degli anziani spesso possono essere chiarite effettuando valutazioni ripetute nel tempo. Tale valutazione è utile soprattutto per quanto riguarda lo stato affettivo, le capacità funzionali o cognitive e può aiutare ad esaminare il grado in cui queste sono stabili o variano in base a fattori contestuali (ad esempio, il tempo del giorno, attività, presenza o

assenza di altri individui; Kazdin, 2003). Inoltre, essa è utile quando si valutano gli effetti di un intervento (Haynes, O'Brien e Kaholokula, 2011).

Gli psicologi possono anche effettuare delle valutazioni ai fini del programma di valutazione. Ad esempio, le valutazioni possono essere utilizzate per stimare la soddisfazione del paziente agli interventi psicologici nelle case di cura, determinare gli elementi chiave efficaci nei programmi di cura del giorno o valutare il rapporto costi-benefici dei programmi di assistenza progettati per aiutare i caregiver a mantenere i loro parenti con decadimento cognitivo in struttura. Esse possono quindi svolgere un ruolo importante nel determinare l'efficacia e l'efficienza degli interventi terapeutici programmati, se fatti a livello individuale, di gruppo, programmi o sistemi.

Infine, anziani una valutazione esaustiva dell'anziano si basa non solo sull'individuazione dei deficit, ma anche sull'individuazione dei punti di forza (ad esempio, cognitivi, funzionali e sociali) che possono aiutare il trattamento o lo sviluppo di strategie compensative nell'affrontare i problemi. Il supporto dalle comunità culturali, etniche e religiose può aiutare il cliente ad affrontare ulteriori problematiche (APA, 2012b).

Linea Guida 11. Gli psicologi si impegnino a sviluppare comportamenti specifici alle caratteristiche dell'anziano ed al suo contesto di valutazione.

A volte chi lavora con l'anziano deve adattare le procedure di valutazione per andare incontro alle compromissioni particolari o ai contesti di vita del paziente (Edelstein, Martin e Gerolimatos, 2012). Ad esempio, quando il processo di valutazione riguarda un anziano con problemi sensoriali o di comunicazione, è necessario prima di tutto identificare l'entità della compromissione sensoriale o comunicativa, e conseguentemente interpretare i risultati prestazionali alle prove alla luce di questi impedimenti.

. In particolare, i clinici non dovrebbero confondere il deterioramento cognitivo con i deficit sensoriali.

Gli effetti dei deficit visivi possono essere attenuati in una certa misura attraverso la presentazione orale delle domande di valutazione e l'incoraggiamento all'uso di lenti correttive, carta antiriflesso, e la regolazione dell'illuminazione ambientale. Per essere utili, prove auto-somministrate possono essere ristampate in un carattere più grande (ad esempio, carattere 16) o ingrandite se somministrate al computer. I deficit dell'udito possono essere attenuati attraverso l'uso di apparecchi acustici e di altri dispositivi di assistenza (ad esempio, l'auricolare con amplificatore). Le difficoltà all'udito inoltre tendono ad essere peggiori a frequenze più elevate, quindi può essere utile per gli psicologi di sesso femminile, in particolare, abbassare il tono della loro voce. Quando si effettuano accorgimenti nel processo di valutazione, gli psicologi devono sforzarsi di essere informati su come questi possano influenzare/modificare le richieste cognitive specifiche del compito. Per ridurre l'influenza dei problemi sensoriali, può anche essere utile modificare l'ambiente di valutazione in vari modi (ad esempio, evitare luci abbaglianti, il rumore di fondo, che può diventare una fonte di distrazione; NIDCD, 2010).

Le persone anziane con disabilità dello sviluppo o pre-esistenti disabilità fisiche o cognitive possono presentare problematiche peculiari in relazione alla valutazione psicologica. Un certo numero di fattori rilevanti deve essere preso in considerazione, ed è possibile che siano necessarie delle modificazioni nel processo decisionale e diagnostico che comportino la scelta e l'utilizzo di particolari strumenti che siano appropriati per quell'individuo.

(APA, 2012b; Burt e Aylward, 1999; Working Group for the Establishment of Criteria for the Diagnosis of Dementia, 2000).

Gli psicologi che lavorano con gli anziani sono incoraggiati a considerare la loro competenza multiculturalmente nella valutazione degli anziani (American Psychological Association Committee on Aging, 2009). La competenza multiculturalmente comprende l'esplicita considerazione del background etnico, razziale e culturale, ma anche di altri fattori, come il livello di competenza sanitaria e la precedente esperienza con le strutture di salute mentale. Le questioni multiculturalmente e l'invecchiamento sono intrecciate (Hinrichsen, 2006), e possono collettivamente influenzare e complicare il processo di valutazione ed il risultato. L'intersezione tra l'invecchiamento e la disabilità rende simili i problemi che richiedono una valutazione culturalmente competente (Iwasaki, Tazeau, Kimmel, Baker e McCallum, 2009). Quando si selezionano gli strumenti di valutazione, gli psicologi sono incoraggiati ad essere consapevoli dei potenziali problemi metodologici (ad esempio, la selezione dei partecipanti, il campionamento, la creazione di misure equivalenti) oltre che dei limiti di strumenti sviluppati senza che vengano presi adeguatamente in considerazione i fattori culturali.

(Okazaki e Sue, 1995). Una volta selezionati i test, l'esperienza culturale può influire in modo differente sulle prestazioni ai test e i bias, anche quando i gruppi etnici sono abbinati a diversi fattori demografici (Brickman, et al., 2006). Il completo processo di valutazione è maggiormente fornito da conoscenze specialistiche e guidato dalla competenza culturale.

La crescente disponibilità di tecnologie e lo sviluppo della cosiddetta telemedicina per poter raggiungere anche tutti coloro che hanno un accesso limitato alle si è dimostrata efficace sia in contesto urbano che rurale (Buckwalter, Davis, Wakefield, Kienzle e Murray, 2002; Grubaugh, Caine, Elhai, Patrick e Frueh, 2008). Tuttavia, è necessario prendere in considerazione l'esperienza precedente degli anziani, le aspettative e le esitazioni su questa nuova modalità di valutazione.

Linea Guida 12. Gli psicologi si impegnino a sviluppare competenze nel condurre e interpretare le valutazioni delle abilità cognitive e funzionali.

Abbastanza spesso, nel valutare gli anziani, gli psicologi utilizzano procedure specializzate per aiutare a determinare la natura e le basi delle difficoltà cognitive, la compromissione funzionale o i disturbi comportamentali (Attix e Welsh-Böhmer, 2006; Cosentino et al, 2011; Lichtenberg, 2010). Agli psicologi viene spesso chiesto di caratterizzare il profilo cognitivo attuale di un anziano e determinare se rappresenta un cambiamento significativo e, in caso affermativo, se i problemi riscontrati sono dovuti ad uno specifico processo neurodegenerativo, un problema psichiatrico e/o altre cause (Morris e Brookes, 2013). Le valutazioni possono variare da uno screening cognitivo breve ad un'approfondita valutazione diagnostica. Il primo in genere comporta l'uso di semplici strumenti per identificare la compromissione globale con un'elevata sensibilità, ma con una bassa specificità diagnostica. Obiettivo delle valutazioni diagnostiche, invece, è un assessment completo, per caratterizzare la natura e l'entità dei deficit cognitivi. La valutazione cognitiva può essere adatta per gli anziani che sono a rischio di demenza o se si sospetta un declino cognitivo a causa di una sottostante condizione neurodegenerativa o disturbo mentale. La legislazione federale prevede uno screening per il deterioramento cognitivo durante le visite annuali per i beneficiari di cure mediche (Patient Protection and Affordable Care Act, 2010).

I diversi fattori che contribuiscono al deterioramento cognitivo tra gli anziani possono essere difficili da individuare e spesso richiedono una valutazione neuropsicologica (APA, 2012b). Questa include l'integrazione di misure oggettive delle performance cognitive con informazioni neurologiche, psichiatriche, mediche e altre informazioni diagnostiche fornite da un clinico con competenze nella valutazione neuropsicologica. Confrontando le prestazioni ai test standardizzati con adeguati dati normativi (per esempio, età e istruzione), gli psicologi in primo luogo

determinano se il profilo cognitivo è coerente con l'invecchiamento normale o se rappresenta un calo significativo. Usando l'analisi del profilo, la modalità di esecuzione della prova differenzia le fonti del deficit cognitivo (Lezak, Howieson, Bigler e Tranel, 2012). Quando la valutazione evidenzia delle compromissioni può essere utile identificare le cause potenzialmente reversibili del deterioramento cognitivo (APA, 2012b). Una valutazione neuropsicologica ripetuta può aiutare a caratterizzare ulteriormente la natura e il corso del deterioramento stesso.

Una valida valutazione ed un opportuno rinvio in questo settore dipende dalla conoscenza del normale invecchiamento e non, compresi i cambiamenti delle abilità cognitive con l'età. Nell'effettuare tali valutazioni, gli psicologi si affidano alle loro conoscenze sui cambiamenti cerebrali correlati all'età, le malattie che colpiscono il cervello, i test di cognizione, i dati normativi di età e cultura appropriati al funzionamento cognitivo, le abilità cognitive premorbose della persona e la considerazione della qualità dell'educazione, oltre al numero assoluto degli anni di istruzione (Brickman, Cabo e Manly, 2006; Manly e Echemendia, 2007; Morris e Becker, 2004; Salthouse, 2010; Schaie e Willis, 2011; Manly, Jacobs, Touradji, Piccolo e Stern, 2002). I test cognitivi brevi di screening non sostituiscono una valutazione approfondita, anche se alcuni anziani potrebbero non essere in grado di tollerare per lungo tempo le batterie di valutazione a causa della fragilità, della grave compromissione cognitiva o per altri motivi. Gli psicologi fanno riferimento ai clinici neuropsicologi (per le valutazioni neuropsicologiche complete), ai geropsicologi, agli psicologi della riabilitazione, ai neurologi o agli altri specialisti a seconda dei casi. Per ulteriori informazioni, vedere le linee guida APA per la valutazione della demenza e del cambiamento cognitivo correlato all'età (2012).

I progressi nello sviluppo di marcatori biologici derivati dal sangue o liquido cerebrospinale (Trojanowski et al., 2010) e nell'identificazione di geni rilevanti sono in crescita (Bertram e Tanzi, 2012). Di recente è stata sviluppata la tomografia ad emissione di positroni (PET), tecnica di neuroimaging che può essere utilizzata per la rilevazione di uno dei cambiamenti patologici caratteristici della malattia di Alzheimer ed ha ricevuto l'approvazione dalla U.S. Food and Drug Administration per la diagnosi clinica (Yang, Rieves e Ganley, 2012). Tuttavia, attualmente queste tecniche sono principalmente utilizzate per la ricerca. Gli psicologi che effettuano valutazioni diagnostiche cognitive con anziani sono incoraggiati ad essere informati sugli sviluppi legati alla patogenesi e diagnosi in letteratura biologica. Mentre da un lato continuano ad essere sviluppati marcatori biologici affidabili per l'uso clinico, dall'altro la valutazione cognitiva e neuropsicologica rimarrà essenziale per la caratterizzazione del decorso della malattia, la determinazione della comparsa dei sintomi e per monitorare la risposta al trattamento.

La valutazione cognitiva negli anziani è spesso difficile a causa dei problemi di mobilità e di accesso ai professionisti del settore sanitario in alcune regioni geografiche. L'ampia disponibilità di computer a basso costo, macchine fotografiche digitali ad alta definizione e software per videoconferenze però aumentano la possibilità dello svolgimento di tali valutazioni a distanza (Charness, Demiriz e Krupinski 2011; Fortney, Burgess, Bosworth, Booth e Kaboli, 2011). E' ancora necessario molto lavoro per sviluppare protocolli di valutazione validi ed affidabili che garantiscano che le procedure di valutazione somministrate a distanza sono paragonabili ad una valutazione di persona. Tuttavia, vi è un'emergente evidenza di comparabilità tra la valutazione fatta di persona e quella a distanza (Hyler, Gangure e Batchelder, 2005).

Oltre alla valutazione del funzionamento cognitivo, gli psicologi sono spesso chiamati a valutare le capacità funzionali degli anziani, che di solito comprendono la capacità di svolgere attività di base (ADL, ad esempio, fare il bagno, mangiare, vestirsi) e indipendenti più complesse (IADL, ad esempio, la gestione delle finanze, la preparazione dei pasti, la gestione della salute) della vita quotidiana. Tutte queste attività richiedono una combinazione di abilità cognitive e

comportamentali. Nel 2008, 14,5 milioni di anziani hanno riportato un certo livello di disabilità, che era il 37,8% della popolazione anziana degli Stati Uniti (Centers for Disease Control and Prevention, 2008). Inoltre, gli psicologi, sono invitati in misura maggiore a valutare anche la capacità di prendere delle decisioni importanti, ad esempio, che riguardano le finanze, la guida, testamenti, testamento biologico, avvocato, deleghe di assistenza sanitaria e la vita indipendente. (V. orientamento 19).

La disabilità è spesso dovuta ai cambiamenti cognitivi e fisici dell'età (ad esempio, sistema sensoriale, sistema cardiovascolare, sistema muscolo-scheletrico, Saxon, Etten e Perkins, 2010) e agli effetti diretti e indiretti delle malattie croniche. Gli psicologi sono incoraggiati a riconoscere nella valutazione funzionale i punti di forza e i limiti dell' ADL e IADL nel contesto delle richieste e dei supporti ambientali. Per rendere ecologicamente validi le raccomandazioni in queste aree, lo psicologo integra spesso i risultati della valutazione con le informazioni del colloquio clinico raccolte sia dagli anziani che da fonti collaterali, le osservazioni dirette delle prestazioni funzionali, insieme ad altre considerazioni pertinenti (ad esempio, l'ambiente fisico immediato, i supporti sociali disponibili o le norme di legge locali; Linea Guida 19). Possono essere adottati diversi approcci per valutare le abilità funzionali, che vanno dai questionari alle valutazioni basate sulla prestazione.

(E) Intervento, consulenza ed altri servizi previsti.

Linea guida 13. Gli psicologi si impegnino ad avere familiarità con la teoria, la ricerca e la pratica dei vari metodi di intervento con gli anziani, in particolare con i risultati della ricerca attuale sulla loro efficacia con questo gruppo di età.

Per tutta la storia della psicoterapia gli psicologi hanno adattato i trattamenti e gli interventi al lavoro con l'anziano (Knight, Kelly e Gatz, 1992; Molinari, 2011). Tra i diversi approcci troviamo la psicoterapia psicodinamica, la modificazione comportamentale, la terapia cognitiva, la psicoterapia interpersonale e la terapia del problem solving.

. Inoltre, sono stati compiuti degli sforzi per utilizzare le conoscenze di base ottenute dalla ricerca sullo sviluppo dell'adulto e sull'invecchiamento per la creazione interventi che possano attingere alle capacità psicologiche e sociali costruite dall'uomo durante un'intera vita (Anderson et al., 2012; Knight, 2004).

Evidenze testimoniano che gli anziani rispondono bene ad una varietà di forme di psicoterapia e possono beneficiare degli interventi psicologici in misura comparabile con i più giovani (APA, 2012D; Pinguart e Sorensen, 2001; Scogin, 2007; Zarit e Knight, 1996). Entrambe le psicoterapie individuali e di gruppo hanno dimostrato efficacia negli anziani (Burlingame, Fuhrman, e Mosier, 2003; Payne e Marcus, 2008). Gli approcci cognitivo-comportamentale, psicodinamico, problem-solving ed altri hanno dimostrato la loro utilità nel trattamento di problemi specifici (Floyd, Scogin, McKendree-Smith, Floyd e Rokkee, 2004; Gatz et al, 1998; Scogin e Shah , 2012; Teri e McCurry, 1994).

I problemi per i quali gli interventi psicologici si sono dimostrati efficaci con gli anziani includono: depressione (Pinguart, Duberstein e Lyness, 2007; Scogin, Welsh, Hanson, Stump e Coates, 2005), ansia (Ayers, Sorrell, Thorp e Wetherell, 2007), disturbi del sonno (McCurry, et al., 2007) e abuso di alcool (Blow e Barry, 2012). La terapia comportamentale e la modificazione delle strategie, la terapia del problem-solving, le modificazioni socio-ambientali e gli interventi correlati si sono dimostrati utili nel trattamento della depressione, nella riduzione dei disturbi comportamentali e nel

miglioramento delle capacità funzionali nel deterioramento cognitivo (Arean, Hegel, Vannoy, Fan e Unutzer, 2008; Curyto, et al, 2012;. Logsdon, McCurry e Teri, 2007).

La terapia della reminiscenza o dell'esame di vita ha dimostrato di essere efficace come tecnica in varie applicazioni per il trattamento della depressione (Scogin et al., 2005). Le terapie basate sull'esposizione (esposizione prolungata, la terapia dell'elaborazione cognitiva) negli anziani sopravvissuti ad un trauma dimostra risultati contrastanti, con una maggiore ricerca sull'effetto cumulativo dei traumi negli anziani (Hiskey, Luckie, Davies e Brewin, 2008) e meno sulla valutazione dell'efficacia del trattamento (Clapp & Beck, 2012; Owens, Baker, Kasckow, Ciesla e Mohamed, 2005). Tuttavia, la ricerca è più limitata sulla riuscita degli interventi psicologici nella minoranza etnica rispetto alla maggioranza degli anziani (American Psychological Association Committee on Aging, 2009; Arean, 2003; Hinrichsen, 2006; Tazeau 2011; Yeo e Gallagher-Thompson, 2006).

Anche le psicoterapie, come parte dei modelli di cura integrata, sono state riconosciute idonee nel trattamento della depressione nei contesti di assistenza di cura primaria (Skultety e Zeiss, 2006). Anche gli interventi psicologici nell'ambito della medicina comportamentale sono efficaci come approcci aggiuntivi nella gestione di una serie di problemi per le persone con condizioni mediche primarie, come la gestione del dolore (Hadjistavropoulos e Fine, 2007; Morone e Greco, 2007) e gli aspetti comportamentali dell'incontinenza (Burgio, 1998). Essi possono anche fornire un valido aiuto agli anziani nell'adattamento alle mutevoli circostanze della vita, migliorando le relazioni interpersonali, e/o per chi ha problemi sessuali o altro (Hinrichsen, 2008; Hillman, 2012; Aging e Human Sexuality Resource Guide, APA, 2007). Come con altri gruppi di età, i clinici sono incoraggiati ad utilizzare le pratiche basate sull'evidenza (APA Task Force su Evidence-Based Practice, 2006).

Linea Guida 14. Gli psicologi si impegnino ad avere familiarità e di sviluppare competenza nell'adattare e applicare interventi psicoterapeutici specifici per la fascia d'età degli anziani e sensibili ai fattori culturali, e includere in tali interventi non solo l'anziano ma anche la famiglia e l'ambiente che lo circonda.

Tali interventi comprendono: la terapia individuale, di gruppo, di coppia e familiare. Alcuni vengono utilizzati esclusivamente o nella maggior parte dei casi con gli anziani, ad esempio: la reminiscenza e l'esame di vita; la terapia del dolore; la psicoterapia concentrata sulle questioni legate allo sviluppo e agli adattamenti comportamentali in età avanzata; le terapie espressive per le persone con difficoltà di comunicazione; i metodi per migliorare la funzione cognitiva; e programmi psicoeducativi per gli anziani, i familiari e gli altri operatori sanitari (APA Family Caregiver Briefcase 2011; Qualls, 2008). Non esiste una modalità di intervento psicologico preferibile per tutta la popolazione anziana. La scelta dei trattamenti e delle modalità di consegna più appropriate dipende dalla natura del problema/i, gli obiettivi clinici, la situazione immediata e le caratteristiche del singolo paziente, preferenze, genere, background culturale (Gum et al., 2006; Landreville, Landry, Baillargeon, Guerette e Matteau, 2001), posto sul continuum di cura (per gli esempi dei casi, vedi Karel, Ogland-mano e Gatz, 2002; Knight, 2004; Pachana, Laidlaw e Knight, 2010) e, come osservato in precedenza, la disponibilità di una pratica basata sulle evidenze. Ad esempio, gli anziani che vivono in comunità, che mantengono il loro stato sia fisico che funzionale, possono rispondere molto bene alla psicoterapia, spesso in setting ambulatoriale (ad esempio, terapie individuali, di gruppo e familiari). Dato che molti disturbi dell'età avanzata sono cronici o ricorrenti piuttosto che acuti, gli obiettivi clinici spesso si concentrano sulla gestione dei sintomi e la massima riabilitazione della funzione piuttosto che sulla cura (Knight e Satre, 1999).

La letteratura scientifica fornisce la prova dell'importanza delle competenze specialistiche nel lavoro con la popolazione anziana (Pinquart e Sorensen, 2001). Una serie di problematiche specifiche caratterizzano tale lavoro e possono richiedere continue prove della sensibilità alle tematiche legate all'età e, talvolta, l'utilizzo di tecniche di intervento specializzate (vedi *Psychotherapy and Older Adults Resource Guide*, APA, 2009b). Ad esempio, alcuni anziani (compresi quelli di certi gruppi culturali) possono percepire l'uso dei servizi di salute mentale come stigmatizzante in quei casi in cui i clinici fanno sforzi attivi per coinvolgerli e discutere sulle loro preoccupazioni. Una psicoterapia culturalmente sensibile può comprendere gli aspetti delle credenze spirituali indigene o delle pratiche culturali e i costumi del vecchio (in alcune culture "anziano" è il termine preferito). In alcune situazioni cliniche, possono essere opportune le tecniche di intervento sviluppate per l'uso con gli anziani, come la terapia della reminiscenza. Essa è spesso usata come intervento terapeutico di supporto nell'aiutare le persone in età avanzata ad integrare le loro esperienze (Scogin et al 2005. Shah, Scogin, e Floyd, 2012).

Dato che i problemi di salute fisica sono spesso presenti, gli interventi psicologici nel paziente anziano si rivolgono al loro trattamento (per esempio, la gestione del dolore e il migliorare l'aderenza al trattamento medico; Hadjistavropoulos e Belle, 2007). Quando si affrontano i problemi di salute legati al fine vita, gli anziani possono richiedere assistenza per la gestione di questo processo per cui esistono dei modelli terapeutici specifici (Breitbart e Applebaum, 2011; Haley, Larson, Kasl-Godley, Niemeyer e Kwilosz, 2003; Qualls e Kasl-Godley, 2010).

Per alcuni anziani, gli approcci terapeutici standard possono essere modificati rispetto al processo o al contenuto (Frazer, Hinrichsen e Jongsma, 2011). Gli esempi di queste variazioni potrebbero includere la modificazione del ritmo della terapia (Gallagher-Thompson e Thompson, 1996), che va incontro alle limitazioni sensoriali riducendo così il rumore ambientale e il riverbero, parlando più lentamente. La modificazione del contenuto della terapia può includere una maggiore attenzione alla malattia fisica, al dolore, al declino cognitivo e ai problemi pratici di stress sperimentati da alcuni anziani, di solito più giovani (Knight e Satre, 1999). E' anche importante adeguare gli interventi al contesto clinico (es. ufficio privato, a casa, in ospedale o casa di cura a lungo termine: v. Linea Guida 15).

Spesso gli psicologi forniscono servizi agli anziani divenendo membri attivi della famiglia, del sociale o dei sistemi istituzionali. Pertanto, i clinici dovrebbero intervenire sui vari livelli di questi sistemi. Ad esempio, gli psicologi possono aiutare i membri della famiglia, fornendo consigli e/o sostegno emotivo, facilitando la concettualizzazione dei problemi e delle possibili soluzioni e migliorando la comunicazione e il coordinamento delle cure (Qualls e Zarit, 2009). Oppure, lo psicologo può fornire una formazione comportamentale e una consulenza sulle modifiche ambientali per il personale di assistenza a lungo termine per quanto riguarda la demenza e i disturbi comportamentali correlati (Qualls e Zarit, 2009).

Linea Guida 15. Gli psicologi si impegnino a capire e risolvere i problemi relativi alla prestazione dei servizi nei contesti specifici in cui vivono gli anziani.

Gli psicologi spesso lavorano con gli anziani in diversi contesti, lunga secondo un continuum di assistenza (APA Presidential Task Force on Integrated Health Care for and Aging Population, 2008). Questi comprendono impostazioni servizi di cura in comunità e a domicilio (ad esempio, centri per anziani, le loro case o appartamenti, vedi Yang, Garis, Jackson, e McClure, 2009 per questioni la fornitura di servizi a domicilio); l'ambito ambulatoriale (ad esempio, cliniche di salute mentale o cliniche di cure primarie, uffici di medici indipendenti, o programmi di gruppo ambulatoriali); i programmi giornalieri (come ad esempio centri diurni per adulti, programmi di ospedalizzazione parziale psichiatrici) che servono agli anziani con problemi più complessi; la degenza in ambito ospedaliero medico o psichiatrico; e l'assistenza a lungo termine (ad esempio

case di cura, hospice e altri luoghi di cura). Alcuni psicologi forniscono servizi all'interno del sistema della giustizia penale per il crescente numero di anziani che sono o sono stati in carcere (Rikard & Rosenberg, 2007). Alcune istituzioni includono una varietà di tipologie di servizi di cura. Ad esempio, le comunità di cura possono includere appartamenti indipendenti, servizi di cura assistita e strutture specializzate. Dato che i modelli di residenza sono spesso concentrati in virtù dei servizi necessari, gli anziani visti in questi diversi contesti di solito si differenziano per il grado di compromissione e la capacità funzionale. In ambito ambulatoriale, per esempio, uno psicologo avrà una maggiore probabilità di vedere anziani sani, mentre in strutture di assistenza a lungo termine il clinico di solito si trova a trattare pazienti con limitazioni funzionali o cognitive.

Linee guida sono disponibili per gli psicologi che forniscono servizi nei contesti di cura a lungo termine (Lichtenberg et al., 1998.), e possono essere utili anche dei volumi che spiegano i diversi aspetti della pratica professionale (Hyer e Intrieri, 2006; Molinari, 2000; Norris, Molinari, e Ogland-Hand, 2002; Rosowsky, Casciani, e Arnold, 2009; vedi anche *Psychological Services for Long-term care Resource Guide*, APA, 2013).

Linea Guida 16. Gli psicologi si impegnino a riconoscere e gestire le problematiche legate alla fornitura di servizi per la prevenzione e la promozione della salute degli anziani.

Gli psicologi possono contribuire alla salute e al benessere degli anziani favorendo dei programmi psico-educativi (Alvidrez, Areán e Stewart, 2005) e coinvolgendoli nella prevenzione e negli interventi orientati alla comunità. Questi sforzi includono il coinvolgimento di sistemi sanitari politici legali (Hartman-Stein, 1998; Hinrichsen et al., 2010; Karel, et al., 2012; Norris, 2000). In tali attività, gli psicologi integrano la loro conoscenza sui problemi clinici e le tecniche con le competenze di consulenza, interventi strategici e la pianificazione di programmi preventivi in comunità o organizzazioni a beneficio del numero notevole di anziani (Cohen et al., 2006). Tali lavori possono comportare la familiarizzazione con casi di accertamento, rinvio ed intervento precoce, dato che questi si riferiscono a particolari gruppi di anziani a rischio (Berman e Furst, 2011). Un aspetto importante di questi sforzi è per gli psicologi capire i punti di forza e le limitazioni delle risorse delle comunità locali rispetto ai loro domini di pratica, o i fattori di rischio che influenzano le preoccupazioni degli anziani. Per esempio, se si tenta di ridurre l'isolamento come un fattore di rischio per la depressione, potrebbe essere importante considerare le opportunità organizzate per la socializzazione degli anziani e se aumentarle (Casado, Quijano, Stanley, Cully, Steinberg e Wilson, 2012). Analogamente, rispetto alla promozione del senso generale di benessere degli anziani, potrebbero essere utili ulteriori attività per la promozione della salute realizzate per agevolare la loro partecipazione all'esercizio, una buona alimentazione e stili di vita sani.

Di particolare interesse nell'area della prevenzione nella popolazione adulta è quella dal suicidio (*Depression and Suicide in Older Adults Resource Guide*, APA, 2009a; *Prevention Toolkit*, Canadian Coalition for Seniors' Mental Health, 2008; *Promoting emotional health and preventing suicide: A toolkit for senior living communities*, SAMHSA, 2011). Gli anziani, soprattutto gli uomini "Bianchi" hanno un rischio particolarmente elevato di suicidio (al Conwell, VanOrden, & Caine, 2011).

I clinici sono incoraggiati alla valutazione del suicidio negli anziani nelle diverse tipologie di servizi (salute, salute mentale, cura a lungo termine; Reiss e Tishler, 2008). Per esempio, la maggioranza degli anziani che ha perso la vita a causa degli attentati suicidi ha visto un medico un mese prima della morte (Conwell, 2001). Pertanto, è importante affidarsi a medici di base per evitare il suicidio in età avanzata (Schulberg, Bruce, Lee, Williams e Dietrich, 2004), attraverso un migliore riconoscimento dei sintomi depressivi e degli altri fattori di rischio (Huh, Weaver, Martin, Caskey, O'Riley, e Kramer, 2012; Scogin e Avani, 2006), e il ricorso a un trattamento appropriato (Pearson & Brown, 2000). Infatti il trattamento dei sintomi depressivi nei pazienti anziani che ricevono cure primarie, ha dimostrato di ridurre l'ideazione suicidaria (Bruce et al., 2004).

Linea Guida 17. Gli psicologi cercano di comprendere i problemi relativi ai servizi di consulenza offerti per assistere gli anziani.

Agli psicologi che lavorano con gli anziani viene spesso chiesto di fornire consulenza riguardo alle questioni relative all'invecchiamento ad una varietà di gruppi ed individui. Molti psicologi possiedono un bagaglio di conoscenze e competenze che sono particolarmente preziose per offrire delle consulenze, che includono la psicologia sociale, psicologia dello sviluppo, la diversità, dinamiche di gruppo, comunicazione, progettazione del programma e valutazione, ed altri. Gli psicologi che lavorano con gli anziani possiedono queste conoscenze e competenze specifiche per la fascia di età anziana (APA Presidential Task Force on Integrated Health Care for an Aging Population, 2008). Gli psicologi spesso si consultano con i familiari degli anziani che hanno problemi di salute mentale, in particolare quelli con demenza. Data la scarsità prevista di specialisti dell'invecchiamento dal momento che la popolazione anziana è in aumento, gli psicologi con esperienza nel campo dell'invecchiamento probabilmente giocheranno un ruolo importante nella formazione degli altri professionisti dell'invecchiamento (Institute of Medicine, 2012).

Nella consulenza con altri professionisti, istituzioni, agenzie e organizzazioni della comunità gli psicologi possono svolgere un ruolo chiave nella formazione e nell'istruzione del personale che lavora direttamente con gli anziani in contesti diversi (Haley, Larson, Kasl-Godley, Kwilosz e Neimeyer, 2003 ; Kramer e Smith, 2000; Zarit e Zarit, 2007). Nel ruolo di formatori del personale, essi insegnano le conoscenze di base del normale invecchiamento e dello sviluppo ed una migliore comunicazione con gli anziani (Gerontological Society of America, 2012), un'appropriata gestione dei comportamenti problematici (Logsdon e Teri, 2010) e un facilitato impegno sociale (Meeks, Young e Looney, 2007). Per esempio, molti membri dello staff di assistenza a lungo termine, riconoscono che non hanno una conoscenza adeguata su come implementare protocolli non farmacologici per rispondere ai bisogni di salute mentale dei residenti, in particolare quelli con gravi malattie mentali o la demenza (Molinari, et al. 2008). La consulenza del personale e la formazione sui principi comportamentali possono portare ad una riduzione dell'uso eccessivo dei farmaci psicoattivi ed ad una migliore qualità di vita di questa popolazione (Camp, Cohen-Mansfield, e Capezuti, 2002). Gli psicologi possono contribuire allo sviluppo del programma, alla valutazione e alla garanzia della qualità dei servizi per l'invecchiamento (Hartman-Stein, 1998; Hyer, Carpenter, Bishmann e Wu, 2005). Durante la consulenza con il team e le organizzazioni dell'assistenza sanitaria, possono facilitare una maggiore collaborazione tra i membri del team di cure interdisciplinari in particolare tra quelli che hanno pazienti con esigenze mediche e psicosociali complesse (Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group, 2006).

Orientamento 18. Nel lavoro con gli anziani, gli psicologi sono invitati a capire l'importanza dell'interfacciarsi e creare rapporti collaborativi e/o lavorare in team con le altre discipline relative a diverse aree, a seconda dei casi.

Nel loro lavoro con gli anziani, gli psicologi sono incoraggiati ad essere consapevoli dell'importanza della cura coordinata e possono collaborare con gli altri professionisti della salute, della salute mentale o dei servizi sociali responsabili e che forniscono particolari forme di assistenza agli anziani. Dal momento che la maggior parte di questa popolazione soffre di problemi di salute cronici per i quali vengono prescritti farmaci, il coordinamento con i professionisti che li prescrivono è molto spesso utile. Inoltre, può essere appropriato includere anche le altre discipline coinvolte dalle cure, sia come parte di una squadra o come rinvio, e sono medici, infermieri, assistenti sociali, farmacisti, e altri associati, come operatori diretti, clero ed avvocati. Gli psicologi possono aiutare un gruppo di professionisti a diventare un team interdisciplinare, piuttosto che funzionare come uno multidisciplinare e ad utilizzare strategie efficaci per l'integrazione e il

coordinamento dei servizi forniti dai diversi membri del team (Zeiss, 2003; Zeiss e Karlin 2008, APA Presidential Task Force on Integrated Health Care for an Ageing Population, 2008).

Per l'effettiva collaborazione con gli altri professionisti, sia attraverso il lavoro di squadra o i rinvii, è utile per gli psicologi essere informati sui servizi disponibili dalle altre discipline e il loro potenziale contributo ad un lavoro coordinato. Per attuare tutto ciò, gli psicologi possono spesso ritenere importante educare le altre figure professionali alle competenze e al ruolo dello psicologo e presentare sia materiale clinico che didattico in un linguaggio comprensibile alle altre discipline specifiche. La capacità di comunicare, educare e coordinarsi con gli altri soggetti interessati (ad esempio, i membri della famiglia) può essere spesso un elemento chiave nel fornire servizi psicologici efficaci agli anziani (APA, Presidential Task Force on Integrated Health Care for an Ageing Population 2008). Per fornire servizi psicologici in un ambiente particolare, è importante avere familiarità con la cultura, le dinamiche istituzionali, e le difficoltà nell'erogazione di tali servizi.

A volte gli psicologi nella pratica o nei servizi indipendenti che mancano di stretti collegamenti con le altre discipline, servizi possono non avere contatti. In questi casi gli operatori sono incoraggiati ad essere attivamente coinvolti nella sensibilizzazione e nel coordinamento con i professionisti interessati. Nel fornire una cura completa agli anziani, gli psicologi sono spinti a familiarizzare con le risorse rilevanti per l'invecchiamento nelle loro comunità (Area Agency on Aging) e costruire appropriate reti.

Orientamento 19. Gli psicologi si impegnino a comprendere le particolari questioni etiche e/o giuridiche che derivano dal fornire servizi agli anziani.

E' importante per gli psicologi impegnarsi per garantire il diritto degli anziani con cui lavorano a vivere la propria vita. A volte sorgono dei conflitti fra i membri della famiglia, i caregiver formali e gli anziani fisicamente fragili o con deterioramento cognitivo, perché alcuni possono credere che questi non possiedano la capacità di prendere decisioni sulla propria vita riguardo la propria sicurezza e il proprio benessere. Gli psicologi sono a volte chiamati a valutare una o più abilità degli anziani (ad esempio, decisioni mediche, finanziarie, contrattuali, testamentarie, e sulla vita indipendente (Moye, Marson e Edelstein, 2013). La pubblicazione, *"Assessment of Older Adults with Diminished Capacity: A Handbook for Psychologists"* , è una di una serie di tre manuali pubblicati dall'American Bar Association (ABA) della Commission on Law and Aging and the American Psychological Association (APA). Questa fornisce una guida per gli psicologi su questa importante problematica. Nel lavoro con gli anziani essi sono incoraggiati ad essere pronti ad affrontare difficili dilemmi etici in modo da bilanciare i principi etici e l'autonomia - cioè, controllare sia la sicurezza ed il benessere degli anziani, così come riconoscere il diritto della persona a prendere le proprie decisioni per quanto possibile (Karel, 2011; Marson, et al, 2011; Moye e Marson, 2007). Questo dilemma è particolarmente rilevante per gli anziani con gravi malattie mentali in contesti di cura a lungo termine. Il loro desiderio di vivere in ambienti meno restrittivi è ottimamente bilanciato dai bisogni dei familiari e dei professionisti della salute mentale che assicurano cure adeguate e da coloro che credono che possano essere ancora in grado di prendere le proprie decisioni.

Analoghe considerazioni riguardano il consenso informato per l'applicazione del trattamento nel lavoro con gli anziani, come per i giovani. Possono prendere forma sia questioni etiche che giuridiche quando è presente un certo grado di compromissione cognitiva, oppure quando l'individuo anziano manca di familiarità con le opzioni del trattamento. Ad esempio, alcuni anziani inizialmente possono mostrare una mancanza di volontà nell'acconsentire a partecipare alla psicoterapia. Tuttavia, una volta informati di ciò che il trattamento comporta, spesso danno il

proprio consenso. Quando vengono portati in terapia dai familiari, i clinici sono incoraggiati a prendere delle misure che assicurino che è la decisione a partecipare al trattamento o meno è stata presa dal paziente, indipendentemente dai desideri della famiglia. Infatti, ottenere il consenso della persona e ricordare all'individuo e alla famiglia la riservatezza del processo del trattamento sono due aspetti importanti nella costruzione del rapporto iniziale con l'anziano (Knight, 2004).

Una diagnosi di demenza non è equivalente alla compromissione di una o più abilità. Infatti spesso persone con demenza mantengono la capacità di dare o meno il consenso nella progressione di malattia (ABA e APA, 2008; Moye e Marson, 2007; Qualls e Smyer, 2007). Inoltre, richiede un'attenta valutazione il punto particolare in cui si verifica il passaggio dall'aver o meno una capacità rispetto ad una o più abilità. Anche quando dopo la valutazione si accerta una compromissione di un'abilità specifica, l'individuo spesso può essere ancora in grado di prendere una decisione. La valutazione delle capacità richiede una comprensione di entrambi i modelli clinici e giuridici dell'abilità compromessa e l'uso appropriato degli strumenti per valutare le abilità funzionali e neuro-cognitive ed i sintomi psichiatrici. Molte volte lo psicologo deve capire se è indicata una valutazione della capacità o se la situazione può essere risolta in altro modo. Diviene quindi importante conoscere i servizi geriatrici di supporto oltre che i meccanismi per condividere o sostituire il processo decisionale. Alcuni individui potrebbero risultare compromessi in un dominio, ma non in altri. Poiché le abilità in alcuni domini possono migliorare nel tempo, può essere richiesta una rivalutazione della capacità (Qualls e Smyer, 2007). Gli anziani con un'apparente compromissione di una capacità e che hanno poche o nessuna rete sociale sono particolarmente vulnerabili e richiedono un'attenta valutazione e, se necessario, un avvocato di parte (Karp e Wood, 2003).

Gli psicologi che lavorano con gli anziani possono spesso riscontrare problemi in materia di riservatezza nelle situazioni che coinvolgono le famiglie, i gruppi interdisciplinari, i servizi di assistenza a lungo termine o altri sistemi di supporto. Un comune conflitto di valori in materia di privacy coinvolge gli anziani che sono gravemente compromessi cognitivamente e potrebbero essere un pericolo per sé o per altri. Un'attenta considerazione è utile in vista di questi problemi, così come la consulenza con gli altri professionisti. Per alcuni anziani, il mantenimento della propria autonomia può essere l'unico rischio tollerabile (ABA e APA, 2008).

In alcune organizzazioni (ad esempio, in strutture di assistenza a lungo termine) i servizi di salute mentale possono essere erogati nella residenza in cui vive l'anziano. In questi contesti gli psicologi possono essere chiamati di solito a proteggere la riservatezza del cliente. Ad esempio, può essere difficile trovare un posto dove incontrarlo che sia privato. Inoltre, in tali contesti, è importante stabilire chiari confini su quello che sarà o non condiviso con il personale di residenza, sia verbalmente che in documenti scritti (Karel, 2009; Knapp e Slattery, 2004. Lichtenberg et al, 1998).

Gli psicologi che lavorano con gli anziani possono a volte subire pressioni da parte dei familiari o di altre figure coinvolti nell'aiuto ai professionisti per condividere delle informazioni personali dell'anziano che hanno in carico. Tale condivisione può essere giustificata nel caso in cui si reputi necessaria per l'aiuto dell'anziano e di conseguenza la collaborazione con gli altri può risultare vantaggiosa. Inoltre, tali pazienti hanno lo stesso diritto di riservatezza che viene riservato ai più giovani e di dare il proprio consenso documentato per la condivisione delle informazioni con gli altri (Knight, 2004).

Un'altra serie di questioni etiche riguarda la gestione dei potenziali conflitti di interesse tra gli anziani ed i familiari, in particolare quelle situazioni in cui vi è un sostituto incaricato nel prendere le decisioni. Anche quando l'incapacità cognitiva interferisce con l'abilità della persona di esercitare la propria autonomia nel presente, rimanere possibile accertare i valori dell'individuo

attuali e passati ed agire di conseguenza. Nel caso in cui vi sia un intermediario che prende decisioni, può esserci il rischio che questo agirà per il proprio interesse, piuttosto che per il bene dell'anziano con demenza (ABA e APA, 2008). Il potenziale conflitto di interessi potrebbe presentarsi sia con garanti nominati formalmente e legalmente, sia con figure familiari. Tale conflitto può sorgere anche riguardo le cure nel fine vita. (Haley, Allen, Reynolds, Chen, Burton e Gallagher-Thompson, 2002).

Gli psicologi possono scontrarsi in conflitti di ruolo quando lavorano in strutture di assistenza a lungo termine. Ad esempio, nei casi in cui gli interessi del paziente possono essere in contrasto con quelli del personale o della direzione della struttura. Tali dilemmi etici possono essere risolti dando superiorità assoluta agli interessi dell'anziano, anche quando lo psicologo è stato assunto dalla struttura stessa (Rosowky, Casciani e Arnold, 2009).

A volte, gli psicologi possono incontrare situazioni in cui si sospetta che gli anziani siano vittime di abusi o negligenza. Infatti, gli individui con più di 80 anni hanno maggiori probabilità rispetto ai più giovani di esserne vittime, in quanto sono quelli che hanno maggiormente bisogno di assistenza fisica o che presentano compromissioni del funzionamento cognitivo. Le donne sono più propense degli uomini ad essere abusate. In parte questo potrebbe essere correlato alla maggiore aspettativa di vita, infatti aumenta il numero di anni in cui possono avere contatti con i potenziali abusatori (Kreinert, 2009; MetLife Mature Market Institute, 2012). Inoltre, le donne sono soggette a tassi più elevati di violenza in famiglia nel corso della vita ed i ricercatori hanno dimostrato che la precedente esposizione ad un evento traumatico (ad esempio, la violenza interpersonale e domestica), aumenta nell'anziano il rischio di maltrattamenti nel fine vita (Acierno et al. , 2010).

Nella maggior parte degli stati i clinici sono legalmente obbligati a segnalare gli abusi sospetti e le situazioni di abbandono alle autorità competenti. Aiutare gli anziani in queste circostanze comporta essere informati sulle leggi applicabili e sulle risorse della comunità locale, nonché collaborare nell'organizzare per il coinvolgimento dei servizi di protezione (Elder Abuse and Neglect in Search of Solutions, APA Committee on Aging, 2012; Nazionale Center Elder Abuse). Allo stesso modo, poichè la morte è, ovviamente, legata all'età, gli psicologi che lavorano con la popolazione anziana devono essere informati sulle questioni legali e di deontologia professionale che riguardano tali problematiche (APA Working Group on Assisted Suicide and End-of-Life Decisions, 2000; Haley, et al, 2002).

(F) Problemi Professionali e Formazione.

Linea guida 20. Gli psicologi si impegnino ad essere informati sull'ordine pubblico, lo stato, le leggi e i regolamenti relativi all'offerta e al rimborso dei servizi psicologici agli anziani e all'attività di business.

Con il recente passaggio dell'*Affordable Care Act*, l'assistenza sanitaria continua a cambiare. Gli psicologi che lavorano con gli anziani sono incoraggiati ad essere attenti ai cambiamenti delle politiche e delle pratiche della sanità che possono avere un impatto sul loro lavoro professionale compresa la costituzione pratica, le leggi statali, le possibilità di contenzioso ed il rimborso dei servizi.

Medicare (il programma federale di assicurazione sanitaria per le persone di 65 anni e le persone più giovani con disabilità) è il principale contribuente dei servizi di salute mentale per gli anziani. Gli psicologi sono stati nominati consulenti indipendenti sotto *Medicare* nel 1989; le norme che regolano la fornitura dei servizi e di rimborso ed i regolamenti si sono evoluti negli anni successivi (Hinrichsen, 2010). Pertanto, è importante per coloro che forniscono servizi psicologici agli anziani

essere a conoscenza della struttura del programma *Medicare* e le regole che regolano la fornitura ed il rimborso dei servizi fatturati a *Medicare* (Hartman-Stein e Georgoulakis, 2008). Alcuni anziani hanno un'assicurazione che completa la copertura di *Medicare* (la cosiddetta politica "Medigap"). Anche conoscere *Medicaid* (il programma di assicurazione federale/statale per gli americani a basso reddito) può essere utile; e alcuni Stati prevedono il rimborso per i servizi di salute mentale per gli anziani che hanno sia *Medicare* che *Medicaid* ("doppiamente idonei"). Alcuni con copertura *Medicaid* possono avere più difficoltà a trovare degli erogatori di salute a causa dei tassi di rimborso e le restrizioni del programma o dei requisiti. Gli psicologi possono informarsi sulla *Social Security* da cui la grande maggioranza riceve il pagamento, così come una vasta gamma di servizi che vengono forniti attraverso l'*Older American's Act* (O'Shaughnessey, 2011) e da altre fonti. L'attività psicologica con gli anziani richiede una conoscenza non solo dei requisiti per il rimborso, ma anche la gestione dell'ufficio, la collaborazione con gli altri professionisti, la tutela da potenziali contenziosi e lo sviluppo della pratica (Hartman-Stein, 2006; Vacha-Haase, 2011). Per coloro che forniscono servizi in ambito ospedaliero e nei contesti di assistenza a lungo termine, la conoscenza sostanziale delle politiche istituzionali (ad esempio, il rimborso, la documentazione, la tutela della privacy del paziente) è altamente auspicabile.

Linea Guida 21. Gli psicologi sono incoraggiati ad accrescere la loro conoscenza, comprensione e competenza rispetto al lavoro con gli anziani attraverso la formazione, la supervisione, la consulenza e la formazione continua.

Dal momento che il bisogno dei servizi psicologici nella popolazione anziana è in aumento, in futuro saranno necessari ulteriori operatori sanitari, soprattutto quelli con conoscenze e competenze specifiche (IOM, 2012). Con l'aumentare della casistica, la pratica psicologica trae benefici dall'acquisizione e dall'applicazione di conoscenze e competenze specialistiche (Knight et al., 2009). Ad esempio, gli anziani possono presentare una serie di sfide uniche, incluso l'adeguamento alla pensione, l'invecchiamento con disabilità acquisite e congenite, malattie croniche, un progressivo deterioramento cognitivo e problemi del fine vita che la maggior parte dei giovani e le persone di mezza età incontrano meno frequentemente.

Un appello persistente viene rivolto per una maggiore formazione nello sviluppo professionale in tutti i livelli dell'invecchiamento (Holtzer, Zweig e Siegel, 2012; Zimmerman, Fiske e Scogin, 2011). I corsi di formazione per preparare gli psicologi a lavorare con gli anziani vengono disposti anche nel corso di laurea (Qualls, Scogin, Zweig e Whitbourne, 2010), e stage e corsi post-laurea (Hinrichsen, Zeiss, Karel e Molinari, 2010). Lo sviluppo della *Pikes Peak Model for training in Professional Geropsychology* (Knight et al., 2009) ha riconosciuto che cominciare ad occuparsi degli anziani è un evento che può accadere in diversi momenti nella carriera di uno psicologo, può seguire diversi percorsi fino al raggiungimento della giusta competenza. Questi comprendono programmi di dottorato e ri-specializzazione, stage, borse di studio post-dottorato, attività di formazione continua (workshop, in servizio di formazione / seminari, formazione a distanza), l'auto-studio e/o autoapprendimento guidato o una combinazione di tali alternative. Gli psicologi sono incoraggiati a perseguire la formazione continua, a sviluppare e migliorare la loro competenza nel fornire i servizi psicologici (Karel, et al., 2010). Essi possono anche ottenere una formazione aggiuntiva ed un accesso ai materiali utili attraverso le interazioni con le organizzazioni professionali, incluse APA Division 20, Divisione 12 Sezione II, e APA Office on Aging and Continuing Education, così come The Council of Professional Geropsychology Training Programs, Psychologists in Long-term care (PLTC); e Gerontological Society of America (GSA).

La *Pikes Peak Geropsychology Knowledge and Skill Assessment Tool* (Karel, et al., 2010) è un sistema strutturato di autovalutazione dell'apprendimento per aiutare gli psicologi a valutare il proprio ambito di competenza nel lavoro con gli anziani. Lo strumento è destinato ad essere

utilizzato dai professionisti, nonché dai tirocinanti e dai loro supervisori per valutare i progressi nel corso di una esperienza di formazione (Karel et al., 2012). Gli psicologi possono abbinare l'entità e il tipo del loro lavoro con la loro competenza e, se necessario, cercare nuove conoscenze e capacità.

Bibliografía

Abeles, N., Cooley, S., Deitch, I. M., Harper, M. S., Hinrichsen, G., Lopez, M. A., & Molinari, V. A. (1998). What practitioners should know about working with older adults. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/practitioners-should-know.aspx>

Acierno, R., Hernandez, M. A., Amstadter, A. B., Resnick, H. S., Steve, K., Muzzy, W., & Kilpatrick, D. G. (2010). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: The National Elder Mistreatment Study. *American Journal of Public Health, 100*, 292-297.

Administration on Aging, (2011). Minority Aging. Retrieved from http://www.aoa.gov/aoaroot/aging_statistics/minority_aging/Index.aspx

Aldwin, C. M., Park, C. L., & Spiro, A. (Eds.). (2007). *Handbook of health psychology and aging*. NY: Guilford Press.

Aldwin, C. M., Yancura, L. A., & Boeninger, D. K. (2007). Coping, health, and aging. In C. M. Aldwin, C. Park, & A. Spiro (Eds.). (2007). *Handbook of health psychology and aging*. New York: Guilford.

Alvidrez, J., Areán, P. A., & Stewart, A. L. (2005). Psychoeducation to increase psychotherapy entry for older African Americans. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(7), 554-561. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/00019442-200507000-00003>

American Bar Association & American Psychological Association. (2008). *Assessment of Older Adults with Diminished Capacity: A Handbook for Psychologists*. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/programs/assessment/capacity-psychologist-handbook.pdf>

American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council of Measurement in Education (1999; under revision). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: AERA

American Psychiatric Association. (2000). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: 4th Edition*. American Psychiatric Publishing, Inc.: Washington, DC.

American Psychological Association. (2002a). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist, 57*(12), 1060-1073. doi: 10.1037/0003-066X.57.12.1060

American Psychological Association. (2002b). Criteria for practice guideline development and evaluation. *American Psychologist, 57*, 1048-1051. doi: 10.1037/0003-066X.57.12.1048

American Psychological Association. (2002c). *Guidelines on Multicultural Education, Training Research, Practice, and Organizational Change for Psychologists*. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/oema/resources/policy/multicultural-guidelines.aspx>. doi: 10.1037/0003-066X.58.5.377

American Psychological Association. (2002d). Resolution on Ageism. Retrieved from <http://www.apa.org/about/policy/ageism.aspx>

American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59(4), 236-260. doi: 10.1037/0003-066X.59.4.236

American Psychological Association. (2007). Aging and Human Sexuality Resource Guide. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/sexuality.aspx>

American Psychological Association. (2009a). Depression and Suicide in Older Adults Resource Guide. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/depression.aspx>

American Psychological Association. (2009b). Psychotherapy and Older Adults Resource Guide. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/psychotherapy.aspx>

American Psychological Association. (2010a). Amendments to the 2002 "Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct." *American Psychologist*, 65(5), 493. doi: 10.1037/a00201682010

American Psychological Association. (2010b). Public Description of Professional Geropsychology. Retrieved from <http://www.apa.org/ed/graduate/specialize/gero.aspx>

American Psychological Association. (2010). Publication manual of the American Psychological Association, 6th ed. Washington, DC: American Psychological Association.

American Psychological Association. (2011). Resolution on Family Caregivers. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/index.aspx>

American Psychological Association. (2012a). Guidelines for Assessment of and Intervention with Persons with Disabilities. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/disability/resources/assessment-disabilities.aspx>

American Psychological Association. (2012b). Guidelines for the Evaluation of Dementia and Age Related Cognitive Change. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/resources/dementia-guidelines.pdf>

American Psychological Association. (2012c). Guidelines for Psychological Practice with Lesbian, Gay and Bisexual Clients. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/lgbt/resources/guidelines.aspx>

American Psychological Association. (2012d). Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness. Retrieved from <http://www.apa.org/news/press/releases/2012/08/resolution-psychotherapy.aspx>

American Psychological Association. (2013). Psychological Services for Long-term care Resource Guide. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/long-term-care.pdf>

American Psychological Association, Center for Workforce Studies. (2008). 2008 APA Survey of Psychology Health Service Providers. Retrieved from <http://www.apa.org/workforce/publications/08-hsp/index.aspx>

American Psychological Association, Commission on Accreditation. (2008). Implementing Regulations, Section C. Retrieved from <http://www.apa.org/ed/accreditation/about/policies/implementing-regs.pdf>

American Psychological Association, Committee on Aging Working Group on Multicultural Competency in Geropsychology. (2009). Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/programs/pipeline/multicultural-geropsychology.aspx>

American Psychological Association, Committee on Aging. (2012). Elder Abuse & Neglect: In Search of Solutions. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/resources/guides/elder-abuse.aspx>

American Psychological Association, Joint Task Force of APA Divisions 17 and 35. (2007). Guidelines for Psychological Practice with Girls and Women. Retrieved from <http://www.apa.org/practice/guidelines/girls-and-women.pdf>

American Psychological Association, Presidential Task Force on Caregivers. (2011). APA Family Caregiver Briefcase. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/about/publications/caregivers/index.aspx>.

American Psychological Association, Presidential Task Force on Integrated Health Care for an Aging Population. (2008). Blueprint for change: Achieving integrated health care for an aging population. Retrieved from <http://www.apa.org/pi/aging/programs/integrated/integrated-healthcare-report.pdf>

American Psychological Association, Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271–285. DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271

American Psychological Association, Task Force on Serious Mental Illness and Severe Emotional Disturbance. (2009). Resolution on APA Endorsement of the concept of recovery for people with Serious Mental Illness. Retrieved from <http://www.apa.org/practice/leadership/smi/recovery-resolution.pdf>

American Psychological Association, Working Group on Assisted Suicide and End-of-LifeDecisions. (2000). Report to the Board of Directors. Retrieved from <http://www.apa.org/pubs/info/reports/aseol-full.pdf>

Ancoli-Israel, S., & Ayalon, L. (2006). Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(2), 95-103. doi:10.1097/01.JGP.0000196627.12010.d1

Anderson, M. L., Goodman, J., & Schlossberg, N. K. (2012). *Counseling adults in transition: Linking Schlossberg's theory with practice in a diverse world*. New York: Springer.

Andreescu, C., Lenze, E. J., Mulsant, B. H., Wetherellet, J. L., Begley, A. E., Mazumdar, S., & Reynolds, C. F. (2009). High worry severity is associated with poorer acute and maintenance efficacy of antidepressants in late life depression. *Depression and Anxiety*, 26(3), 266-272. doi:10.1002/da.20544

Antonucci T. C., Birdett, K. S., & Ajrouch, K. (2011). Convoys of social relations: Past, present and future. In K. L. Fingerman, C. A. Berg, J. Smith., & T. C. Antonucci (Eds.), *Handbook of Life-Span Development*. (pp. 161-182). New York: Springer.

- Aranda, M.P & Knight, B.G. (1997). The influence of ethnicity and culture on caregiver stress and coping process: A sociocultural review and analysis. *The Gerontologist*, 37, 342-354. doi: 10.1093/geront/37.3.342.
- Areán, P. A. (2003). Advances in psychotherapy for mental illness in late life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 4-6.
- Areán, P. A., Ayalon, L., Hunkeler, E., Lin, E. H., Tang, L., Harpole, L., ... Unützer, J. (2005). Improving depression care for older, minority patients in primary care. *Medical Care*, 43(4), 381-390.
- Areán, P., Hegel, M., Vannoy, S., Fan, M. Y., & Unutzer, J. (2008). Effectiveness of problem solving therapy for older primary care patient with depression: Results from the IMPACT project. *The Gerontologist*, 48(3), 311-323. doi:10.1093/geront/48.3.311
- Arnold, M. (2008). Polypharmacy and older adults: A role for psychology and psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 283-289. doi: 10.1037/0735-7028.39.3.283
- Attix, D. K., & Welsh-Bohmer, K. A. (Eds.), (2006). *Geriatric Neuropsychology: Assessment and Intervention*. New York: The Guilford Press.
- Averill, J.B. (2012). Priorities for Action in a Rural Older Adults Study. *Family & Community Health*, 35(4), 358–372. doi: 10.1097/FCH.0b013e3182666559
- Ayers, C. R., Sorrell, J. T., Thorp, S. R., & Wetherell, J. L. (2007). Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and Aging*, 22(1), 8-17. doi: 10.1037/0882-7974.22.1.8
- Bäckman, L., Jones, S., Small, B. J., Agüero-Torres, H., & Fratiglioni, L. (2003). Rate of cognitive decline in preclinical Alzheimer's disease: The role of comorbidity. *The Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 58, 228-236. doi: 10.1093/geronb/58(4), 228. <http://dx.doi.org/10.1093/geronb/58.4.P228>
- Balsis, S., & Carpenter, B. D. (2006). Evaluations of elderspeak in a caregiving context. *Clinical Gerontologist*, 29, 79-96. doi: 10.1300/J018v29n01_07
- Baltes, M. M. (1996). *The many faces of dependency in old age*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Baltes, P. B. (1993). The aging mind: Potential and limits. *The Gerontologist*, 33(5), 580-594. doi: 10.1093/geront/33.5.580
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380. doi: 10.1037//0003-066X.52.4.366
- Baltes, P. B., Lindenberger, U., & Staudinger, U. M. (2006). Theoretical models of human development. In R. M Lerner, & W. Damon (Eds.), *Life Span Theory in Developmental Psychology. Handbook of child psychology* (6th ed., Vol.1, pp. 569-664). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.

Baltes, P. B., Reese, H. W., & Nesselroade, J. R. (1988). *Life-span developmental psychology: Introduction to research methods*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Baltes, P. B., & Staudinger, U. M. (2000). Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue towards excellence. *American Psychologist*, 55(1), 122-136. doi:10.1037/0003-066X.55.1.122

Barnes, D. E., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology*, 10(9), 819-828. doi:10.1016/S1474-4422(11)70072-2

Bengtson, V. L. (2001). Beyond the nuclear family: The increasing importance of multigenerational bonds (The Burgess Award Lecture). *Journal of Marriage and the Family*, 63, 1-16. doi:10.1111/j.1741-3737.2001.00001.x

Bengtson, V. L., Gans, D., Putney, N., & Silverstein, M. (Eds.). (2008). *Handbook of theories of aging* (2nd ed.). NY: Springer.

Berman, J., & Furst, L. M. (2011). *Depressed older adults: Education and screening*. New York: Springer.

Bertram, L., & Tanzi, R. E. (2012). The Genetics of Alzheimer's Disease. In B. T. David (Ed.), *Progress in Molecular Biology and Translational Science*, 107, 79-100. Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-385883-2.00008-4

Beyer, J. L. (2007). Managing Depression in Geriatric Populations. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(4), 221-238. doi:10.1080/10401230701653245

Blazer, D., C. Hybels, E. Simonsick, and J. T. Hanlon. (2000). Sedative, hypnotic, and Antianxiety medication use in an aging cohort over ten years: A racial comparison. *Journal of the American Geriatrics Society* 48(9):1073-1079.

Blieszner, R. & Roberto, K. A. (2012). Partners and friends in adulthood. In S. K. Whitbourne & M. J. Sliwinski (Eds.), *The Wiley-Blackwell Handbook of Adult Development and Aging*, 381-398. West Sussex, UK: Blackwell Publishing Ltd. doi:10.1002/9781118392966.ch19

Blow, F. C. (1998). Substance abuse among older adults: Treatment improvement protocol (TIP) series 26. Pub. No. (SMA) 98-3179. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

Blow, F. C., and K. L. Barry. (2002). Use and misuse of alcohol among older women. *Alcohol Research and Health*, 26(4):308-315.

Blow, F. C., & Barry, K. L. (2012). Identification and treatment of alcohol or drug dependence in the elderly. *Current Psychiatry Reports*, 14, 310- 319. doi:10.1007/978-1-4419-0338-9_70

Blow, F. C., Oslin, D. W., & Barry, K. L. (2002). Use and abuse of alcohol, illicit drugs and psychoactive medication among older people. *Generations*, 25(1), 50-54.

Blum, S., Luchsinger, J. A., Manly, J. J., Schupf, N., Stern, Y., Brown, T. R., & Brickman, A. M. (2012). Memory after silent stroke: Hippocampus and infarcts both matter. *Neurology*, 78(1), 38-46. doi:10.1212/WNL.0b013e31823ed0cc

Bogner, H. R., de Vries, H. F., Maulik, P. K., & Unützer, J. (2009). Mental health services use: Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 706-715. doi:10.1097/JGP.0b013e3181aad5c5

Bonanno, G. A., Wortman, C. B., & Nesse, R. M. (2004). Prospective Patterns of Resilience and Maladjustment during Widowhood. *Psychology and Aging*, 19(2), 260-271. doi:10.1037/0882-7974.19.2.260

Breitbart, W., & Applebaum, A. (2011). Meaning-centered group psychotherapy. In M. Watson & D.W. Kissane (Eds.), *Handbook of Psychotherapy in Cancer Care*. New York: Wiley. doi:10.1002/9780470975176.ch12

Brickman, A. M., Cabo, R., & Manly, J. J. (2006). Ethical issues in cross-cultural neuropsychology. *Applied Neuropsychology*, 13(2), 91-100. doi:10.1207/s15324826an1302_4

Brickman, A. M., & Stern, Y. (2009). Aging and memory in humans. In L. R. Squire (Ed.), *Encyclopedia of Neuroscience*, 1, pp. 175-180. Oxford: Academic Press.

Brown, A., & Draper, P. (2003). Accommodative speech and terms of endearment: Elements of a language mode often experienced by older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 41(1), 15-21. doi:10.1046/j.1365-2648.2003.02500.x

Brown, L. M., Gibson, M., & Elmore, D. (2012). Disaster behavioral health and older adults. American and Canadian readiness and response. In J.L. Framingham & M.L. Teasley (Eds.)

Behavioral Health Response to Disasters. Boca Raton, FL: CRC. doi:10.1201/b11954-14

Buckwalter, K. C., Davis, L. L., Wakefield, B. J., Kienzle, M. G., & Murray, M. A. (2002). Telehealth for elders and their caregivers in rural communities. *Family & community health*, 25(3), 31-40.

Bundick, M. J., Yeager, D. S., King, P. E., & Damon, W. (2010). Thriving across the life span. In W. F. Overton (Ed.), *The handbook of life-span development, Volume 1: Cognition, biology, and methods*, 882-923. New York: Wiley. doi:10.1002/9780470880166.hlsd001024

Burgio, K. L. (1998). Behavioral vs. drug treatment for urge urinary incontinence in older women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 280, 1995-2000. doi: 10.1016/S0022-5347(05)68903-3

Burlingame, G.M., Fuhriman, A., & Mosier, J. (2003). The differential effectiveness of group psychotherapy: A meta-analytic perspective. *Group dynamics: Theory, Research, and Practice*, 7(1), 3-12. doi:10.1037/1089-2699.7.1.3

Burt, D. B. & Aylward, E. H. (1999). Assessment methods for diagnosis of dementia. In M. P. Janicki & A. J. Dalton (Eds.), *Dementia, aging, and intellectual disabilities: A handbook* (pp. 141-156). Philadelphia: Brunner-Routledge.

Butler, C., & Zeman, A. Z. (2005). Neurological syndromes which can be mistaken for psychiatric conditions. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 76, 31-38. doi:10.1136/jnnp.2004.060459

- Butler, R. N. (1969). Ageism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, 9, 243-246.
- Calasanti, T. M., & Slevin, K. F. (2001). *Gender, Social Inequalities, and Aging*. Gender Lens Series. CA: Alta Mira Press.
- Camp, C. J., Cohen-Mansfield, J., & Capezuti, E. A. (2002). Use of nonpharmacologic interventions among nursing home residents with dementia. *Psychiatric Services*, 53(11), 1397-1401. doi:10.1176/appi.ps.53.11.1397
- Canadian Coalition for Senior's Mental Health. (2008). Late life suicide prevention toolkit: Suicide assessment and prevention for older adults: Life saving tools for health care providers. Retrieved from <http://www.ccsmh.ca/en/projects/suicide.cfm>
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312(5782), 1913-1915. doi:10.1126/science.1127488
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165-181. doi:10.1037//0003-066X.54.3.165
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, K.P., & Nesselroade, J.R. (2011). Emotional experience improves with age: Evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology of Aging*, 26(1), 21- 33. doi:10.1037/a0021285
- Casado, B. L., Quijano, L. M., Stanley, M. A., Cully, J. A., Steinberg, E. H., & Wilson, N. L. (2012). Healthy IDEAS: Implementation of a depression program through community-based case management. *The Gerontologist*, 48(6), 828-838. doi:10.1093/geront/48.6.828
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Disability and health: Data and statistics. Retrieved from <http://www.cdc.gov/ncbddd/disabilityandhealth/data.htm>
- Chan, W. C., Lam, L. C. W., & Chen, E. Y. H. (2011). Recent advances in pharmacological treatment of psychosis in late life. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 455-460. doi:10.1097/YCO.0b013e32834a3f47
- Charles, S. T. (2011). Emotional experience and regulation in later life. In K. W. Schaie & S. Willis (Eds.) *Handbook of the Psychology of Aging* (7th ed., pp. 295-310). Burlington, MA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-380882-0.00019-X
- Charles, S. T. & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61: 383-409. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100448
- Charness, N., Demiris, G., & Krupinski, E. A. (2011). *Designing Telehealth for an Aging Population: A Human Factors Perspective*. Boca Raton: CRC Press. doi:10.1201/b11229
- Chrisler, J.C. (2007). Body image issues of women over 50. In V. Muhlbauer & J.C. Chrisler (Eds), *Women over 50: Psychological perspectives* (pp. 6-25). New York: Springer.

- Clapp, J. D. & Beck, J. G. (2012). Treatment of PTSD in older adults: Do cognitive-behavioral interventions remain viable? *Cognitive Behavioral Practice*, 19(1), 126-135. doi:10.1016/j.cbpra.2010.10.002
- Clarke, L. H. (2011). *Facing age: Women growing older in anti-aging culture*. Toronto: Rowman and Littlefield.
- Coburn, A., & Bolda, E. (1999). The rural elderly and long-term care. In T. C. Ricketts (Ed.), *Rural health in the United States* (pp. 179-189). New York: Oxford University Press.
- Cohen, G. D., Perlstein, S., Chapline, J., Kelly, J., Firth, K., & Simmens, S. (2006). The impact of professionally conducted cultural programs on the physical health, mental health, and social functioning of older adults. *The Gerontologist*, 46(6), 726-734. doi:10.1093/geront/46.6.726
- Cohen-Mansfield, J., & Martin, L. S. (2010). Assessment of agitation in older adults. In P. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology* (2nd ed., pp. 381-404). New York: Wiley. doi:10.1016/B978-0-12-374961-1.10015-6
- Conn, D., Herrmann, N., Kaye, A., Rewilak, D., & Schogt, B. (Eds.). (2007). *Practical psychiatry in the long-term care home*, 3rd Edition. Hogrefe and Huber: Cambridge, MA,
- Conwell, Y. (2001). Suicide in later life: a review and recommendations for prevention. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 31(Suppl.), 32-47. doi:10.1521/suli.31.1.5.32.24221
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., & Caine, E.D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193-204. doi:10.1016/S0006-3223(02)01347-1
- Conwell, Y., VanOrden, K., & Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(2), 451-468. doi:10.1016/j.psc.2011.02.002
- Cook, J. M., & Elmore, D. L. (2009). Disaster mental health in older adults: Symptoms, policy and planning. In Y. Neria, S. Galea, & F. Norris, (Eds.), *Mental Health Consequences of Disasters*, (pp.233-263). New York: Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511730030.014
- Cook, J. M. & O'Donnell, C. (2005). Assessment and psychological treatment of posttraumatic stress disorder in older adults. *Journal of Psychiatry and Neurology*, 18(2), 61-71. doi:10.1177/0891988705276052
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age & Ageing*, 37, 151-160. doi:10.1093/ageing/afm194
- Cosentino, S. A., Brickman, A. M., & Manly, J. J. (2011). Neuropsychological assessment of the dementias of late life. In K.W. Schaie, & S. L. Willis (Eds.) *Handbook of the psychology of aging* (7th ed., pp. 339-352). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. doi: 10.1016/B978-0-12-380882-0.00022-X
- Costa, P., & McCrae, R. R. (2011). Contemporary personality psychology. In C. Coffey, J. L. Cummings, M. S. George, D. Weintraub (Eds.), *The American Psychiatric Publishing textbook of geriatric neuropsychiatry* (3rd ed., pp. 537-548). Arlington, VA US: American Psychiatric Publishing, Inc.

Craik, F. I., & Salthouse, T. A. (2007). *The Handbook of Aging and Cognition* (3rd ed.), New York: Psychological Press.

Cuddy, A. J., Norton, M. I., & Fiske, S. T. (2005). This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues*, 61(2), 267-285. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x

Crowther, M. R., & Zeiss, A. M. (2003). Aging and mental health. In J. S. Mio & G. Y. Iwamasa (Eds.), *Culturally diverse mental health: The challenge of research and resistance* (pp. 309-322). New York: Brunner-Routledge.

Curl, A. L., Simons, K., & Larkin, H. (2005). Factors affecting willingness of social work students to accept jobs in aging. *Journal of Social Work Education*, 41(3), 393-406. doi:10.5175/JSWE.2005.200303100

Curry, K. J., Trevino, K. M., Ogland-Hand, S., & Lichtenberg, P. (2012). Evidence-based treatments behavioral disturbances in long-term care. In F. Scogin & A. Shah (Eds.), *Making evidenced-based psychological treatments work with older adults* (pp. 167-223).

Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/13753-006

David, S. & Cernin, P. A. (2008). Psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender older adults. *Journal of Gay & Lesbian Social Services*, 20(1-2), 31-49. doi:10.1080/10538720802178908

David, S. & Knight, B. G. (2008). Stress and coping among gay men: age and ethnic differences. *Psychology and Aging*, 23(1), 62-69. doi:10.1037/0882-7974.23.1.62

Davidson, P. W., Prasher, V. P. & Janicki, M. P. (2008). *Psychosocial Concerns Among Aging Family Carers, in Mental Health, Intellectual Disabilities, and the Aging Process*, Blackwell Publishing Ltd, Oxford, UK. doi:10.1002/9780470776179.ch13

Depp, C., Loughran, C., Vahia, I., & Molinari, V. (2010). Assessing psychosis in acute and chronically mentally ill older adults. In P. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology* (2nd ed.) (pp.123-154). New York: John Wiley & Sons. doi:10.1016/B978-0-12-374961-1.10005-3

Depp, C. A. & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful aging: A review of larger quantitative studies. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14, 6-20. doi:10.1097/01.JGP.0000192501.03069.bc

Dillon, H. R., Wetzler, R. G., & Lichstein, K. L. (2012). Evidence-based treatments for insomnia in older adults. In F. Scogin & A. Shah (Eds.), *Making evidence-based psychological treatments work with older adults* (pp. 47-86). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/13753-003

Dilworth-Anderson, P. & Gibson, B. E. (2002). The cultural influence of values, norms, meanings, and perceptions in understanding dementia in ethnic minorities. *Alzheimer's Disease and Associated Disorders*, 16, S56-S63. <http://dx.doi.org/10.1097/00002093-200200002-00005>

Doka, K. J. (2008). *Counseling individuals with life-threatening illness*. New York: Springer.

Dwyer-Moore, K. J., & Dixon, M. R. (2007). Functional analysis and treatment of problem behavior of elderly adults in long-term care. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40(4), 679-83. doi:10.1901/jaba.2007.679-683

Edelstein, B. A., Drozdick, L.W., & Ciliberti, C. M. (2010). Assessment of Depression and Bereavement in Older Adults. In P. A. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology* (2nd ed., pp. 3–43). Academic Press.

Edelstein, B. A., & Kalish, K. (1999). Clinical assessment of older adults. In J. C.avanaugh and S. Whitbourne (Eds.), *Gerontology: An interdisciplinary perspective* (pp. 269-304). New York: Oxford University Press.

Edelstein, B. A., Martin, R. R., & Gerolimos, L. A. (2012). Assessment in geriatric settings. In J. R. Graham & J. A. Naglieri (Eds.), *Handbook of Psychology: Assessment Psychology* (pp. 425-448). Hoboken NJ: John Wiley & Sons, Inc. doi:10.1002/9781118133880.hop210017

Edelstein, B., Woodhead, E., Segal, D., Heisel, M., Bower, E., Lowery, A., & Stoner, S. (2008). Older adult psychological assessment: Current instrument status and related considerations. *Clinical Gerontologist*, 31(3), 1-35. doi:10.1080/07317110802072108

Eisdorfer, C., & Lawton, M. P. (Eds.) (1973). *The psychology of adult development and aging*. Washington, DC: American Psychological Association. <http://dx.doi.org/10.1037/10044-000>

Elder, G. H., Clipp, E. C., Brown, J. S., Martin, L. R., & Friedman, H. S. (2009). The lifelong mortality risks of World War II experiences. *Research on Aging*, 31(4), 391-412. doi:10.1177/0164027509333447

Elder, G. H. Johnson, M. K., & Crosnoe, R. (2003). The Emergence and Development of Life Course Theory. In J. T. Mortimer & M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the Life Course*. New York: Springer. doi:10.1007/978-0-306-48247-2_1

Emlet, C. (2006). “You’re awfully old to have this disease”: Experiences of stigma and ageism in adults 50 years and older living with HIV/AIDS. *The Gerontologist*, 46(6), 781-790. doi:10.1093/geront/46.6.781

Epstein, E. E., K. Fischer-Elber, and Z. Al-Otaiba. (2007). Women, aging, and alcohol use disorders. *Journal of Women & Aging*, 19(1/2):31-48.

Fagundes, C. P., Gillie, B. L., Derry, H. M., Bennett, J. M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2012). Resilience and Immune Function in Older Adults. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32 (1), 29-47. doi:10.1891/0198-8794.32.29

Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2007). Competence in competency-based supervision practice: Construct and application. *Professional Psychology: Research and Practice*, 38(3), 232-240. doi:10.1037/0735-7028.38.3.232

Fassinger, R. E. & Arseneau, J. R. (2007). “I’d rather get wet than be under that umbrella”: Differentiating the experiences and identities of lesbian, gay, bisexual, and transgender people. In K. J. Bieschke, R. M. Perez, & K. A. DeBord (Eds.), *Handbook of counseling and psychotherapy with lesbian, gay, bisexual, and transgender clients* (2nd ed., pp. 19- 49). Washington, D.C: American Psychological Association. doi:10.1037/11482-001

Federal Interagency Forum on Aging-Related Statistics. (2012). Older Americans 2012: Key Indicators of Well-Being. Retrieved from http://www.agingstats.gov/Main_Site/Data/2012_Documents/docs/EntireChartbook.pdf

Feldman, D. B., & Periyakoil, V. S. (2006). Posttraumatic stress disorder at the end of life. *Journal of Palliative Care*, 9(1), 213-218. doi:10.1089/jpm.2006.9.213

Ferraro, K.F., & Farmer, M.M. (1996). Double jeopardy, aging as leveler, or persistent health inequality? A longitudinal analysis of white and black Americans. *Journals of Gerontology*, 51B, S319-S328. doi: 10.1093/geronb/51B.6.S319

Fingerman, K. L., Berg, C., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2010). *Handbook of life-span development*. New York: Springer.

Fingerman, K. L., & Birditt, K. S. (2011). Relationships between adults and their aging parents. In K.W. Schaie, & S. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (7th ed., pp. 219-232).

Burlington, MA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-380882-0.00014-0

Fingerman, K. L., Brown, B., & Blieszner, R. (2011). Informal ties across the life span: Peers, consequential strangers, and people we encounter in daily life. In K. L. Fingerman, C. A. Berg, J. Smith., & T. C. Antonucci (Eds.), *Handbook of Life-Span Development*. (pp. 487-511). New York: Springer.

Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5(1), 363-389. doi:10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621

Floyd, M., Scogin, F., McKendree-Smith, N. L., Floyd, D. L., & Rokke, P. D. (2004). Cognitive therapy for depression: A comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behavior Modification*, 28(2), 297-318. doi:10.1177/0145445503259284

Fortney, J. C., Burgess, J. F., Jr., Bosworth, H. B., Booth, B. M., & Kaboli, P. J. (2011). A re-conceptualization of access for 21st century healthcare. *Journal of General Internal Medicine*, 26 (Suppl 2), 639-647. doi:10.1007/s11606-011-1806-6

Frank, E., Prigerson, H. G., Shear, M. K., & Reynolds, C. F. (1997). Phenomenology and treatment of bereavement-related distress in the elderly. *International Clinical Psychopharmacology*, 12(7), S25-S30. doi:10.1097/00004850-199712007-00005

Frazer, D.W., Hinrichsen, G. A., & Jongasma, A. E. (2011). *The older adult psychotherapy treatment planner* (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley.

Frazer, D.W., Leicht, M. L., & Baker, M. D. (1996). Psychological manifestations of physical disease in the elderly. In L. L. Carstensen, B. A. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.), *The practical handbook of clinical gerontology* (pp. 217-235). Thousand Oaks, CA: Sage

Fuller-Iglesias, H., Smith, J., & Antonucci, T. C. (2009). Theories of aging from a life-course and life-span perspective. In J. Jackson, T. C. Antonucci, and H. Sterns (Eds.). *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 29(1), (3-26. New York: Springer. doi:10.1891/0198-8794.29.3

Fuller-Thomson, E., & Minkler, M. (2003). Housing issues and realities facing grandparent caregivers who are renters. *Gerontologist*, 43(1), 92-98. doi:10.1093/geront/43.1.92

Fuller-Thomson, E., Minkler, M., & Driver, D. (1997). A profile of grandparents raising grandchildren in the United States. *Gerontologist*, 37(3), 406-411. doi:10.1093/geront/37.3.406

Futterman, A, Thompson, L., Gallagher-Thompson, D., & Ferris, R. (1997). Depression in later life. Epidemiology, assessment, etiology and treatment. In E.E. Beckham & W.R. Leber (Eds.). *Handbook of depression* (2nd ed.) (pp. 494-525). New York: Guilford.

Gallagher-Thompson, D., & Coon, D.W. (2007). Evidenced-based psychological treatments for distress in family caregivers of older adults. *Psychology and Aging*, 22, 37-51.

Gallagher-Thompson, D., Coon, D. W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y., & Thompson, L. W. (2003). Change in indices of distress among Latino and Anglo female caregivers of elderly relatives with dementia: Site-specific results from the REACH national collaborative study. *The Gerontologist*, 43(4), 580–591. doi:10.1093/geront/43.4.580

Gallagher-Thompson, D., Haley, W., Guy, D., Rupert, M., Arguelles, T., Zeiss, L. et al. (2003). Tailoring psychological interventions for ethnically diverse dementia caregivers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 423-438. doi: 10.1093/clipsy.bpg042

Gallagher-Thompson, D., & Thompson, L. W. (1996). Applying cognitive-behavioral therapy to the psychological problems of later life. In S. H. Zarit & B. G. Knight (Eds.), *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context* (pp. 61- 82). Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10211-002

Garber, K. (2012). First FDA-approved beta-amyloid diagnostic hits the market. *National Biotechnology*, 30(7), 575. doi:10.1038/nbt0712-575

Gatz, M. (1998). Towards a developmentally-informed theory of mental disorder in older adults. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health* (pp. 101-120). New York: Plenum.
Gatz, M., & Pearson, C. G. (1988). Ageism revised and provision of psychological services. *American Psychologist*, 43(3), 184-189. doi:10.1037//0003-066X.43.3.184

Geldhof, G. J., Little, T. D., & Colombo, J. (2010). Self-regulation across the life span. In M Lamb & A. M. Freund (Eds.), *The handbook of life span development, Vol.2: Social and emotional development* (pp. 116-157). New York: Wiley. doi:10.1002/9780470880166.hlsd002005

Gellis, Z. D., & Bruce, M. L. (2010). Problem solving therapy for subthreshold depression in home healthcare patients with cardiovascular disease. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(6): 464–474.

Geriatrics Interdisciplinary Advisory Group. (2006). Interdisciplinary care for older adults with complex needs: American Geriatrics Society position statement. *Journal of American Geriatrics Society*, 54(5), 849-852. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00707.x

Gerontological Society of America. (2012). *Communicating with Older Adults: An Evidence-Based Review of What Really Works*. Washington, DC: Gerontological Society of America.

Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function in human aging. In D. R. Riddle (Ed.), *Brain aging: Models, methods, and mechanisms*. Boca Raton: CRC Press. doi:10.1201/9781420005523.sec1

- Gray, S. L., Eggen, A. E., Blough, D., Buchner, D., & LaCroix, A. Z. (2003). Benzodiazepine use in older adults enrolled in a health maintenance organization. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 11(5):568-576.
- Grubaugh, A., Cain, G., Elhai, J., Patrick, S., & Frueh, C. (2008). Attitudes toward medical and mental health care delivered via telehealth applications among rural and urban primary care patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196, 167-170. doi: 10.1097/NMD.0b013e318162aa2d
- Gum, A. M., Areán, P. A., Hunkeler, E., Tang, L., Kanton, W., Hitchcock, P., ... Unützer, J. (2006). Depression treatment preferences in older primary care patients. *The Gerontologist*, 46(1), 14-22. doi:10.1093/geront/46.1.14
- Gum, A., King-Kallimanis, B., & Kohn, R. (2009). Prevalence of Mood, Anxiety, and Substance-Abuse Disorders for Older Americans in the National Comorbidity Survey-Replication. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(9), 769–781. doi:10.1097/JGP.0b013e3181ad4f5a
- Guralnick, S., Kemel, K., Stamm, B. H., & Grieving, A. M. (2003). Rural geriatrics and gerontology. In B. H. Stamm (Ed.), *Rural behavioral health care: An interdisciplinary guide*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10489-015
- Gutmann, D. (1987). *Reclaimed powers*. NY: Basic Books.
- Hadjistavropoulos, T. & Fine, P.G. (2007). Chronic pain in older persons: Prevalence, assessment, and management. *Reviews in Clinical Geropsychology*, 16(3), 231-241. doi:10.1017/S0959259807002201
- Haley, W. E., Allen, R. S., Reynolds, S., Chen, H., Burton, A., & Gallagher-Thompson, D. (2002). Family issues in end-of-life decision making and end-of-life care. *American Behavioral Scientist*, 46(2), 284-298. doi:10.1177/000276402236680
- Haley, W. E., Larson, D. G., Kasl-Godley, J., Neimeyer, R. A., & Kwilosz, D. M. (2003). Roles for psychologists in end-of-life care: Emerging models of practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 626-633. doi:10.1037/0735-7028.34.6.626
- Hartman-Stein, P. E., & Georgoulakis, J. M. (2008). How Medicare shapes behavioral health practice in older adults in the U.S.: Issues and recommendations for practitioners (pp. 323-334). In D. G. Gallagher-Thompson, A. M. Steffen, & L.W. Thompson (Eds.), *Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults*. New York: Springer. doi:10.1007/978-0-387-72007-4_21
- Hartman-Stein, P. E. (1998). Hope amidst the behavioral healthcare crisis. In P. E. Hartman-Stein (Ed.), *Innovative behavioral healthcare for older adults* (pp. 201-214). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Hartman-Stein, P. E. (2006). The basics of building and managing a geropsychology practice. In S. H. Qualls and B. G. Knight (Eds.), *Psychotherapy for depression in older adults*. Hoboken, N.J: Wiley.
- Harvey, P. D. (2005). *Schizophrenia in late life. Aging effects on symptoms and course of illness*. Washington DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10873-000

- Harvey, P. D., Reichenberg, A., & Bowie, C. R. (2006). Cognition and Aging in Psychopathology: Focus on Schizophrenia and Depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 389–409. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095206
- Haynes, S. N., O'Brien, W. H., & Kaholokula, J. (2011). Behavioral assessment and case formulation. New York: Wiley.
- Hayslip, B., & Goodman, C. C. (2008). Grandparents raising grandchildren: Benefits and drawbacks? *Journal of Intergenerational Relationships*, 5(4), 117-119. doi:10.1300/J194v05n04_12
- Hayslip, B., & Kaminski, P. L. (2005). Grandparents Raising Their Grandchildren: A Review of the Literature and Suggestions for Practice. *Gerontologist*, 45(2): 262-269. doi:10.1093/geront/45.2.262
- Heisel, M. J., & Duberstein, P. R. (2005). Suicide prevention in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 242-259. doi:10.1093/clipsy.bpi030
- Hill, R. (2005). Positive aging: A guide for mental health professionals and consumers. New York, NY: W.W. Norton & Co.
- Hillman, J. (2012). Sexuality and aging: Clinical perspectives. New York: Springer.
- Hines, L. E., & Murphy, J. E. (2011). Potentially harmful drug-drug interactions in the elderly: a review. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, 9(6):364-77. doi:10.1016/j.amjopharm.2011.10.004
- Hinrichsen, G. A. (2000). Knowledge of and interest in geropsychology among psychology trainees. *Professional Psychology: Research and Practice*, 31(4), 442–445. doi:10.1037/0735-7028.31.4.442
- Hinrichsen, G. A. (2006). Why multicultural issues matter for practitioners working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 37(1), 29-35. doi:10.1037/0735-7028.37.1.29
- Hinrichsen, G. A. (2008). Interpersonal psychotherapy as a treatment for depression in late life. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 306-312.
- Hinrichsen, G.A. (2010). Public policy and the provision of psychological services to older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(2), 97-103. doi:10.1037/a0018643
- Hinrichsen, G. A. & Emery, E. E. (2005). Interpersonal factors and Late-Life Depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 264-275. doi:10.1093/clipsy.bpi027
- Hinrichsen, G. A., Kietzman, K. G., Alkema, G. E., Bragg, E. J., Hensel, B. K., Miles, T. P., ... & Zerzan, J. (2010). Influencing public policy to improve the lives of older Americans. *The Gerontologist*, 50(6), 735-743. doi:10.1093/geront/gnq034
- Hinrichsen, G. A., Zeiss, A., Karel, M. J., & Molinari, V. A. (2010). Competency based geropsychology training in doctoral internships and postdoctoral fellowships. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(2), 91-98. doi:10.1037/a0018149

Hiskey, S., Luckie, M., Davies, S., & Brewin, C. R. (2008). The emergence of posttraumatic distress in later life: A review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 21, 232-241.

Horvath, A. O., & Bedi, R. P. (2002). The alliance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 37-70). New York: Oxford University Press.

Holtzer, R. Z., Zweig, R. A., & Siegel, L. (2012). Learning from the past and planning for the future: The challenges of and solutions for integrating aging into doctoral psychology training. *Training and Education in Professional Psychology*, 6(3), 142-150. doi:10.1037/a0029365

Huh, J. T., Weaver, C. M., Martin, J. L., Caskey, N. H., O'Riley, A., & Kramer, B. J. (2012). Effects of a late-life suicide risk-assessment training on multidisciplinary healthcare providers. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(4), 775-780. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03843.x

Hussian, R. A. (1981). *Geriatric psychology: A behavioral perspective*. New York: Van Nostrand Reinhold.

Huybrechts, K. F., Rothman, K. J., Silliman, R. A., Brookhart, M. A., & Schneeweiss, S. (2011). Risk of death and hospital admission for major medical events after initiation of psychotropic medications in older adults admitted to nursing homes. *Canadian Medical Association Journal*, 183(7), 411-419. <http://dx.doi.org/10.1503/cmaj.101406>

Hyer, L., Carpenter, B., Bishmann, D., & Wu, H. (2005). Depression in long-term care. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 280-299. doi:10.1093/clipsy.bpi031

Hyer, L., & Intrieri, R. (Eds.), (2006). *Geropsychological interventions in long-term care*. NY: Springer.

Hyer, L. A., & Sohnle, S. J. (2001). *Trauma among older people: Issues and treatment*. Philadelphia: Bruner-Routledge.

Hyer, S. E., Gangure, D. P., & Batchelder, S. T. (2005). Can telepsychiatry replace in-person psychiatric assessments? A review and meta-analysis of comparison studies. *CNS Spectrums*, 10(5), 403-413.

Inouye, S. K. (2006). Delirium in older persons. *New England Journal of Medicine*, 354(11), 1157-1165. doi:10.1056/NEJMra052321

Institute of Medicine. (2012). *The Mental Health and Substance Use Workforce for Older Adults: In Whose Hands?* Retrieved from <http://www.iom.edu/Reports/2012/The-Mental-Health-and-Substance-Use-Workforce-for-Older-Adults.aspx>

International Longevity Center, Anti-Ageism Taskforce. (2006). *Ageism in America*. Retrieved from <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/ilg-ageism-01.pdf>.

Ivey, D. C., Wieling, E., & Harris, S. M. (2000). Save the young – the elderly have lived their lives: Ageism in marriage and family therapy. *Family Process*, 39(2), 163-175. doi:10.1111/j.1545-5300.2000.39202.x

- Iwasaki, M., Tazeau, Y.N., Kimmel, D., & McCallum, T. J. (2009). Gerodiversity and social justice: Voices of minority elders. In J.L. Chin (Ed.), *Diversity in Mind and Action: Vol. 4. Social, Psychological, and Political Challenges*. Westport, CT: Praeger.
- Jack Jr., C. R., Knopman, D. S., Jagust, W. J., Shaw, L. M., Aisen, P. S., Weiner, M. W., & Trojanowski, J. Q. (2010). Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer's pathological cascade. *The Lancet Neurology*, 9(1), 119-128. doi:10.1016/S1474-4422(09)70299-6
- James, J. W., & Haley, W. E. (1995). Age and health bias in practicing clinical psychologists. *Psychology and Aging*, 10, 610-616. doi:10.1037//0882-7974.10.4.610
- Janicki, M. P., & Dalton, A. J. (1999). (Eds.) *Dementia, aging, and intellectual disabilities: A handbook*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Jeste, D. V., Alexopoulos, G. S., Bartels, S. J., Cummings, J. L., Gallo, J. J., Gottlieb, G. L., ... Lebowitz, B.D. (1999). Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: Research agenda for the next 2 decades. *Archives of General Psychiatry*, 56(9), 848-853. doi:10.1001/archpsyc.56.9.848
- Jin, H., Shih, P. A., Golshan, S., Mudaliar, S., Henry, R., Glorioso, D. K., ... Jeste, D. V. (2012). Comparison of longer-term safety and effectiveness of 4 atypical antipsychotics in patients over age 40: a trial using equipoise-stratified randomization. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(1), 10-18. <http://dx.doi.org/10.4088/JCP.12m08001>
- Kane, M. N. (2002). Awareness of ageism, motivation, and countertransference in the care of elders with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 17, 101-109. doi:10.1177/153331750201700206
- Kane, M. N. (2004). Ageism and intervention: What social work students believe about treating people differently because of age. *Educational Gerontology*, 30(9), 767-784. doi:10.1080/03601270490498098
- Karel, M. J. (2009). Ethical issues in long-term care. In E. Rosowsky, J. M. Casciani, & M. Arnold (Eds.) *Geropsychology and Long-term care. A Practitioner's Guide*. NY: Springer. doi: 10.1007/978-0-387-72648-9
- Karel, M. J. (2011). Ethics. In V. Molinari (Ed.) *Specialty competencies in geropsychology* (pp. 115-142). New York: Oxford University Press.
- Karel, M. J., Emery, E. E., Molinari, V., & CoPGTP Task Force on the Assessment of Geropsychology Competencies. (2010). Development of a tool to evaluate geropsychology knowledge and skill competencies. *International Psychogeriatrics*, 22, 886 – 896. doi:10.1017/S1041610209991736. Retrieved from http://www.copgtp.org/uploads/documents/Pikes_Peak_Evaluation_Tool.pdf
- Karel, M. J., Gatz, M. & Smyer, M. A. (2012). Aging and mental health in the decade ahead: What psychologists need to know. *American Psychologist*, 67, 184-198. doi:10.1037/a0025393
- Karel, M. J., Holley, C. K., Whitbourne, S. K., Segal, D. L., Tazeau, Y. N., Emery, E. E., Molinari, V., Yang, J., & Zweig, R. A. (2012). Preliminary validation of a tool to assess competencies for

professional geropsychology practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 43(2), 110-117. doi:10.1037/a0025788

Karel, M. J., Knight, B. G., Duffy, M., Hinrichsen, G. A., & Zeiss, A. M. (2010). Attitude, knowledge, and skill competencies for practice in professional geropsychology: Implications for training and building a geropsychology workforce. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(2), 75–84. doi:10.1037/a0018372

Karel, M. J., Ogland-Hand, S., & Gatz, M. (2002). *Assessing and treating late-life depression: A casebook and resource guide*. New York: Basic Books.

Karlin, B. E., Duffy, M., & Gleavs, D. H. (2008). Patterns and predictors of mental health service use and mental illness among older and younger adults in the United States. *Psychological Services*, 5(3), 275-294. doi:10.1037/1541-1559.5.3.275

Karp, N. & Wood, E. (2003). *Incapacitated and alone: Health care decision-making for the unbefriended elderly*. Washington, DC: American Bar Association Commission on Law and Aging.

Kastenbaum, R. (1999). Dying and bereavement. In J. C. Cavanaugh & S. K. Whitbourne (Eds.), *Gerontology: An interdisciplinary perspective* (pp. 155-185). New York: Oxford University Press.

Kazdin, A. (2003). *Research designs in clinical psychology*. New York: Oxford.

Kelley-Moore, J. A., & Ferraro, K. F. (2004). The black/white disability gap: Persistent inequality in later life? *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 59(4), S34-S43. doi:10.1093/geronb/59.1.S34

Kimerling, R. E., Zeiss, A. M., & Zeiss, R. A. (2000). Therapist emotional responses to patients: Building learning based language. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 312-321. doi:10.1016/S1077-7229(00)80089-9

Kimmel, D., Rose, T., & David, S. (Eds.). (2006). *Lesbian, gay, bisexual, and transgender aging: Research and clinical perspectives*. New York: Columbia University Press.

King, D. A., Heisel, M. J., & Lyness, J. M. (2005). Assessment and psychological treatment of depression in older adults with terminal or life-threatening illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 339-353. doi:10.1093/clipsy.bpi029

King, D. A. & Wynne, L. C. (2004). The emergence of "family integrity" in later life. *Family Process*, 43(1), 7-21. doi:10.1111/j.1545-5300.2004.04301003.x

Kinsella, K. & Wan, H. (2009). *An aging world: 2008*. U.S. Census Bureau, International Population Reports, P95/09-1, U.S. Government Printing Office: Washington, DC.

Kite, M.E., & Wagner, L.S. (2002). Attitudes toward older adults. In T.D. Nelson (Ed), *Ageism: Stereotyping and prejudice against older persons* (pp. 129-161). Cambridge, MA: MIT Press.

Klap, R., Unroe, K. T., & Unützer, J. (2003). Caring for mental illness in the United States: A focus on older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(5), 517-524. doi:10.1176/appi.ajgp.11.5.517

- Knapp, S. & Slattery, J. M. (2004). Professional boundaries in nontraditional settings. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(5), 553-558. doi:10.1037/0735-7028.35.5.553
- Knight, B. G. (2004). *Psychotherapy with older adults* (3rd ed.), Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Knight, B. G. (2009). Clinical supervision for psychotherapy with older adults. In N.A. Pachana, K. Laidlaw, & B.G. Knight (Eds.), *Casebook of Clinical Geropsychology. International Perspectives on Practice*, (pp. 107-118). NY: Oxford University.
- Knight, B. G., Karel, M. J., Hinrichsen, G. A., Qualls, S. H., & Duffy, M. (2009). Pikes Peak model for training in professional geropsychology. *American Psychologist*, 64(3), 205-214. doi:10.1037/a0015059
- Knight, B. G., Kelly, M., & Gatz, M. (1992). Psychotherapy and the older adult: An historical review. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy: A century of change* (pp. 528-551). Washington, DC: American Psychological Association
- Knight, B. G., & Lee, L. O. (2008). Contextual adult lifespan theory for adapting psycho-therapy. In K. Laidlaw & B. Knight (Eds.), *Handbook of emotional disorders in later life: Assessment and treatment* (pp. 59-88). New York, NY: Oxford University Press.
- Knight, B. G., & Losada, A. (2011). Family caregiving for cognitively or physically frail older adults: Theory, research and practice. In K.W. Schaie & S. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (7th ed., pp. 353-365). Burlington, MA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-380882-0.00023-1
- Knight, B. G., & Satre, D. D. (1999). Cognitive Behavioral Psychotherapy with Older Adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6(2), 188-203. doi:10.1093/clipsy.6.2.188
- Knight, B.G., & Sayegh, P. (2010). Cultural values and caregiving: The updated sociocultural stress and coping model. *Journal of Gerontology Series B*, 65B, 5-13. doi:10.1093/geronb/gbp096
- Knight, B. G., Teri, L., Wohlford, P., & Santos, J. (Eds.). (1995). *Mental health services for older adults: Implications for training and practice in geropsychology*. Washington, DC: American Psychological Association. doi:10.1037/10184-000
- Koch, S., Gloth, F. M., & Nay, R. (Eds.). (2010). *Medication management in older adults: A concise guide for clinicians*. New York: Springer.
- Kochanek, K. D., Xu, J., Murphy, S. L., Miniño, A. M., & Kung, H. (2012). Deaths: Final Data for 2009. *National Vital Statistics reports*; 60 (3). Hyattsville, MD.
- Kramer, N. A., & Smith, M. C. (2000). Training nursing assistants to care for nursing home residents with dementia. In V. Molinari (Ed.), *Professional psychology in long term care: A comprehensive guide* (pp. 227-256). New York: Hatherleigh Press.
- Krienert, J. L., Walsh, J. A., & Turner, M. (2009). Elderly in America: A descriptive study of elder abuse examining National Incident-based Reporting System (NIBRS) Data, 2000-2005. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 21(4), 325-345.

- Labouvie-Vief, G., Diehl, M., Jain, E., & Zhang, F. (2007). Six-year change in affect optimization and affect complexity across the adult life span: A further examination. *Psychology and Aging, 22*(4), 738-751. doi: 10.1037/0882-7974.22.4.738
- Ladika, D. J., & Gurevitz, S. L. (2011) Identifying the most common causes of reversible dementias: A review. *Journal of the American Academy of Physicians Assistants*, Retrieved from <http://www.jaapa.com/identifying-the-most-common-causes-of-reversible-dementias-a-review/article/197282/2/>
- Laidlaw, K., & Pachana, N. A. (2009). Aging, mental health, and demographic change: Challenges for psychotherapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 40*(6), 601-608. doi:10.1037/a0017215
- Laidlaw, K., & Knight B. (Eds.). (2008). *Handbook of emotional disorders in later life: Assessment and treatment*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Lamberty, G. L., & Bares, K. K. (2013). Neuropsychological assessment and management of older adults with multiple somatic symptoms. In L. D. Ravdin & H. L. Katzen (Eds.). *Handbook on the neuropsychology of aging and dementia* (pp. 121-134). New York: Springer. doi:10.1007/978-1-4614-3106-0_9
- Landreville, P., Landry, J., Baillargeon, L., Guerette, A., & Matteau, E. (2001). Older adults' acceptance of psychological and pharmacological treatments for depression. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 56*(5), 285-291. doi:10.1093/geronb/56.5.P285
- Lauderdale, S. A., Cassidy-Eagle, E. L., Nguyen, C., & Sheikh, J. I. (2011). Late life anxiety disorders. In M. E. Agronin & G. J. Maletta (Eds.) *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (2nd ed.) (pp. 493-514). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Lawton, M. P. (1989). Environmental proactivity and affect in older people. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The social psychology of aging* (pp. 135-163). Newbury Park, CA: Sage.
- Lee, K. M., Volans, P. J., & Gregory, N. (2003). Attitudes towards psychotherapy with older people among trainee clinical psychologists. *Aging & Mental Health, 7*(2), 133-141. doi:10.1080/1360786031000072303
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging, 8*(2), 301-313. doi:10.1037//0882-7974.8.2.301
- Levy, B. (2009). Stereotype embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. *Current Directions in Psychological Science, 18*, 332-336. doi:10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x
- Levy, B. R., & Leifheit-Limson, E. (2009). The Stereotype-Matching Effect: Greater Influence on Functioning When Age Stereotypes Correspond to Outcomes. *Psychology and Aging, 24*(1), 230-233. doi:10.1037/a0014563
- Levy, B. R., & Myers, L. M. (2004). Preventive health behaviors influenced by self-perceptions of aging. *Preventive Medicine, 39*(3), 625-629. doi:10.1016/j.yjmed.2004.02.029

- Levy, B. R., Slade, M., & Kasl, S. (2002). Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functioning health. *Journal of Gerontology: Psychological Science*, 57(5), 409-417. doi:10.1093/geronb/57.5.P409
- Levy, B. R., Slade, M., Kunkel, S., & Kasl, S. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(2), 261-270. doi:10.1037/0022-3514.83.2.261
- Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D., & Ferrucci, L. (2012). Memory shaped by age stereotypes over time. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 67(4) 432-436. doi:10.1093/geronb/gbr120
- Lezak, M. D., Howieson, D. B., Bigler, E. D., & Tranel, D. (2012). *Neuropsychological Assessment* (5th ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Lichtenberg, P. A. (Ed.). (2010). *Handbook of Assessment in Clinical Gerontology* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Lichtenberg, P. A., Smith, M., Frazer, D., Molinari, V., Rosowsky, E., Crose, R., ... Gallagher-Thompson D (1998). Standards for psychological services in long-term care facilities. *Gerontologist*, 38, 122-127.
- Lichtenthal, W.G., Cruess, D.G., Prigerson, H.G. (2004). A case for establishing complicated grief as a distinct mental disorder in DSM-V. *Clinical Psychology Review*, 24(6), 637-647. doi:10.1016/j.cpr.2004.07.002
- Lodi-Smith, J., Turiano, N., & Mroczek, D. (2011). Personality trait development across the life span. In K. L. Fingerman, C. A. Berg, J. Smith., & T. C. Antonucci (Eds.), *Handbook of Life-Span Development*. (pp. 513-529). New York: Springer.
- Logsdon, R.G., McCurry, S.M., & Teri, L. (2007). Evidence-based psychological treatments for disruptive behaviors in individuals with dementia. *Psychology and Aging*, 22(1), 28-36. doi:10.1037/0882-7974.22.1.28
- Logsdon, R., & Teri, L. (2010). An evidence-based exercise and behavior management program for dementia care. *Generations*; 34(1), 80-83.
- Lyketsos, C. G., Rabins, P. V., Lipsey, J. R., & Slavney, P. R. (Eds.)(2008). *Psychiatric aspects of neurologic diseases: Practical approaches to patient care*. New York: Oxford University Press.
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L., & Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services: the influence of help-seeking attitudes. *Aging & Mental Health*, 10(6), 574-582. doi:10.1080/13607860600641200
- Manly, J. J., & Echemendia, R. J. (2007). Race-specific norms: using the model of hypertension to understand issues of race, culture, and education in neuropsychology. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 22(3), 319-325. doi:10.1016/j.acn.2007.01.006
- Manly, J.J., Jacobs, D.M., Touradji, P., Small, S.A., & Stern, Y. (2002). Reading level attenuates differences in neuropsychological test performance between African American

and White elders. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 8, 341-348. doi: 10.1017/S1355617702813157

Markland, A. D., Vaughan, C. P., Johnson, T. M., Burgio, K. L., & Goode, P. S. (2011). Incontinence. *Medical Clinics of North America*, 95, 539-554.

Marson, D. C., Hebert, K., & Solomon, A. C. (2011). Assessing civil competencies in older adults with dementia: Consent capacity, financial capacity, and testamentary capacity. In G. J. Larrabee (Ed.), *Forensic Neuropsychology. A Scientific Approach*. NY: Oxford University.

Masoro, E. J., & Austad, S. N. (Eds.) (2010). *Handbook of the Biology of Aging* (7th ed.). Academic Press.

Matthias, R. E., Lubben, J. E., Atchison, K. A., & Schweitzer, S.O. (1997). Sexual activity and satisfaction among very old adults: Results from a community dwelling Medicare population survey. *The Gerontologist* 37(1), 6-14. doi:10.1093/geront/37.1.6

McCallion, P., Kolomer S. R. (Eds.). (2008). *Mental Health, Intellectual Disabilities, and the Aging Process*, Blackwell Publishing Ltd, Oxford, UK. doi: 10.1002/9780470776179

McClearn, G. E., & Vogler, G. P. (2001). The genetics of behavioral aging. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 109-131). San Diego: Academic Press.

McCrae, R. R., Costa Jr., P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M. D., ... Smith, P. B. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186. doi:10.1037/0022-3514.78.1.173

McCurry, S.M., Logsdon, R.G., Teri, L., & Vitiello, M.V. (2007). Evidence-based psychological treatments for insomnia in older adults. *Psychology and Aging*, 22(1), 18-27. doi:10.1037/0882-7974.22.1.18

McFadden, S. H. (2010). Religion and well-being in aging persons in an aging society. *Journal of Social Issues*, 51, doi:10.1111/j.1540-4560.1995.tb01329.x

McKhann, G., Drachman, D., Folstein, M., Katzman, R., Price, D., & Stadlan, E. M. (1984). Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology*, 34(7), 939-944. doi:10.1212/WNL.34.7.939

Meeks, S., Young, C. M., & Looney, S. W. (2007). Activity participation and affect among nursing home residents: Support for a behavioral model of depression. *Aging and Mental Health*, 11, 751-760.

Meschede, T. Sullivan, L., & Shapiro, T. (2011). The crisis of economic insecurity for African-american and Latino seniors. Retrieved from <http://iasp.brandeis.edu/pdfs/InsecuritySeniorsOfColor.pdf>.

Mohlman, J., Sirota, K. G., Papp, L. A., Staples, A., M., King, A., & Gorenstein, E. E. (2011). Clinical interviewing with older adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 89-100.

- Mojtabai, R. & Olfson, M. (2008). National patterns in antidepressant treatment by psychiatrists and general medical providers: results from the national comorbidity survey replication. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(7), 1064-74. doi:10.4088/JCP.v69n0704
- Molinari, V. (2000). *Professional psychology in long-term care: A comprehensive guide*. NY: Hatherleigh Press.
- Molinari, V. (2011). Professional identification. In V. Molinari (Ed.), *Specialty competencies in geropsychology* (pp. 1-13). New York: Oxford University Press.
- Molinari, V., & Edelstein, B. (2010). Commentary on the Current Status and the Future of Behavior Therapy in Long-Term Care Settings. *Behavior Therapy*, 42, 59-65. doi:10.1016/j.beth.2010.08.002
- Molinari, V., Merritt, S., Mills, W., Chiriboga, D., Conboy, A., Hyer, K., & Becker, M. (2008). Serious mental illness in Florida nursing homes: Need for training. *Gerontology and Geriatrics Education*, 29(1), 66-83. doi:10.1080/02701960802074321
- Molinari, V., Karel, M., Jones, S., Zeiss, A., Cooley, S., Wray, L., ... Gallagher-Thompson, D. (2003). Recommendations about the knowledge and skills required of psychologists working with older adults. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 435-443.
- Morone, N. E. & Greco, C. M. (2007). Mind-body interventions for chronic pain in older adults: A structured review. *Pain Medicine*, 8, 359-375.
- Morris, R. G., & Brookes, R. L. (2013). Neuropsychological assessment of older adults. In L. H. Goldstein & J. E. McNeil (Eds.), *Clinical Neuropsychology: A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians* (2nd ed., pp. 347-374): John Wiley & Sons Ltd.
- Morris, R. G., & Becker, J. T. (Eds.), (2004). *Cognitive Neuropsychology of Alzheimer's Disease* (2nd ed.), Oxford: Oxford University Press.
- Morthland, M. & Scogin, F. (2011). Mental health concerns for caregivers in rural communities. In R.C. Talley et al (Eds.), *Rural caregiving in the United States: Research, practice, policy* (pp. 85-102). NY: Springer. doi:10.1007/978-1-4614-0302-9_6
- Moye, J. & Marson, D. C. (2007). Assessment of decision making capacity in older adults: An emerging area of research and practice. *Journal of Gerontology*, 62(1), 3-11. doi:10.1093/geronb/62.1.P3
- Moye, J., Marson, D. C., & Edelstein, B. (2013). Assessment of capacity in an aging society. *American Psychologist*, 68(3), 158-171. doi: 10.1037/a0032159
- National Center on Elder Abuse. (2011). *State Resources: Helplines, Hotlines, and Information*. Retrieved from http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/index.aspx
- National Center for Health Statistics. (2011). *Health, United States, 2010: With special feature on death and dying. Table 65—heavier drinking and drinking five or more drinks in a day among adults 18 years of age and older by selected characteristics: United States, selected years, 1997-2009*. Hyattsville, MD.

- National Committee for the Prevention of Elder Abuse & MetLife Mature Market Institute (2012). *The Essentials: Preventing Elder Abuse*. Retrieved from <https://www.metlife.com/assets/cao/mmi/publications/essentials/mmi-preventing-elder-abuse-essentials.pdf>
- National Institute on Deafness and Other Communication Disorders (2010). *Healthy People 2010 Hearing Health Progress Review*. Retrieved from http://www.nidcd.nih.gov/health/healthyhearing/what_hh/pages/progress_review_04.aspx
- Nelson, T. D. (Ed). (2002). *Stereotyping and prejudice against older persons*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Nelson, T. D. (2005). Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, 61, 207-221. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00402.x
- New Freedom Commission on Mental Health (2003). *Achieving the Promise: Transforming Mental Health Care in America*. Retrieved from <http://govinfo.library.unt.edu/mentalhealthcommission/reports/FinalReport/downloads/downloads.html>
- Newton, N. A., & Jacobowitz, J. (1999). Transferential and countertransferential process in therapy with older adults. In M. Duffy (Ed.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults*. New York: Wiley.
- Norris, M. P. (2000). Public policy and the delivery of mental health care to older adults. In V. Molinari (Ed.), *Professional psychology in long-term care: A comprehensive guide* (pp. 425-443). New York: Hatherleigh Press.
- Norris, M. P., Molinari, V., & Ogland-Hand, S. (Eds.) (2002). *Emerging trends in psychological practice in long-term care*. Binghamton, NY: Haworth Press.
- Norton, M. C. Skoog, I., Toone, L., Corcoran, C. Tschanz, J.T., Lisota, R.D., Hart, A.D., Zandi, P. P., Breitner, J. C. S., Welsh-Bohmer, K. A., Steffens, D.C., Cache County Investigators. Three-Year Incidence of First-Onset Depressive Syndrome in a Population Sample of Older Adults: The Cache County Study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(3), Mar 2006, 237-245. doi: 10.1097/01.JGP.0000196626.34881.42
- Olfson, M. & Marcus, S.C. (2009). National Patterns in Antidepressant Medication Treatment. *Archives of General Psychiatry*, 66(8), 848-856. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.81
- Okazaki, S., & Sue, S. (1995). Methodological Issues in Assessment Research With Ethnic Minorities. *Psychological Assessment*, 7(3), 367-375. doi: 10.1037/1040-3590.7.3.367
- O'Rourke, N., Cappeliez, P., & Claxton, A. (2011). Functions of reminiscence and the psychological well-being of young-old and older adults over time. *Aging & Mental Health*, 15(2), 272-281. doi:10.1080/13607861003713281
- O'Shaughnessy, C.V. (2011). *The aging services network: Serving a vulnerable and growing elderly population in tough economic times*. Background paper No. 83. The National Health Policy Forum. The George Washington University.

- Owens, G. P., Baker, D. G., Kasckow, J., Ciesla, J. A., & Mohamed, S. (2005). Review of assessment and treatment of PTSD among elderly American armed forces veterans. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 1118-1130. DOI: 10.1002/gps.1408.
- Pachana N. A., & Laidlaw, K. (Eds.) (in press). *Oxford Handbook of Geropsychology*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Pachana, N. A., Laidlaw, K., & Knight, B. G. (2010). *Casebook of clinical geropsychology: International perspectives on practice*. Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Palmer, B. W., Folsom, D., Bartels, S., & Jeste, D. V. (2002). Psychotic disorders in late life: Implications for treatment and future directions for clinical services. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 26, 39-43.
- Park, D. C., & Schwarz, N. (Eds.), (2000). *Cognitive aging: A primer*. Philadelphia: Psychology Press.
- Patient Protection and Affordable Care Act of 2010, 42 CFR. x410.15(a). 2010. Retrieved from: <http://ecfr.gpoaccess.gov/cgi/t/text/text-idx?c5ecfr&sid56b50669da0f96db4eea346533db23747&rgn5div8&view5text&node542:2.0.1.2.10.2.35.4&idno542>.
- Payne, K. T., & Marcus, D. K. (2008). The efficacy of group psychotherapy for older client: A meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 12(4), 268-278. doi:10.1037/a0013519
- Pearson, J. L., & Brown, G. K. (2000). Suicide prevention in late life: Directions for science and practice. *Clinical Psychology Review*, 20, 685-705.
- Perdue, C. W. & Gurtman, M. B. (1990). *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 199-216. doi:10.1177/153331750201700206
- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health*, 11(6), 645-657. doi:10.1080/13607860701529635
- Pinquart, M., & Soerensen, S. (2001). How effective are psychotherapeutic and other psychosocial interventions with older adults? A meta analysis. *Journal of Mental Health and Aging*, 7, 207-243.
- Plassman, B. L., Langa, K. M., Fisher, G. G., Heeringa, S. G., Weir, D. R., Ofstedal, M. B., ... Wallace, R. B. (2007). Prevalence of dementia in the United States: The Aging, Demographics, and Memory Study. *Neuroepidemiology*, 29(1-2), 125-132. doi:10.1159/000109998
- Qualls, S. H. (2008). Caregiver family therapy. In B. Knight & K. Laidlaw (Eds.), *Handbook of emotional disorders in older adults* (pp. 183-209). Oxford University Press.
- Qualls, S. H. & Benight, C. C. (2007). The role of clinical health geropsychology in the health care of older adults. In C. M. Aldwin, C. L. Park, & A. Spiro (Eds.), *Handbook of Health Psychology and Aging*. NY: Guilford Press.

Qualls, S. H., & Kasl-Godley, J. (2010). *End-of-life Issues, Grief, and Bereavement: What Clinicians Need to Know*. Wiley Series in Clinical Geropsychology, John Wiley & Sons, Inc.

Qualls, S. H. & Noecker, T. L. (2009). Caregiver family therapy for conflicted families. In S. H. Qualls and S. H. Zarit (Eds.), *Aging families and caregiving* (pp. 155-188). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Qualls, S. H., Scogin, F., Zweig, R., & Whitbourne, S. K. (2010) Predoctoral training models in professional geropsychology. *Training and Education in Professional Psychology*, 4(2), 85-90. doi:10.1037/a0018504

Qualls, S. H., Segal, D., Norman, S., Niederehe, G., & Gallagher-Thompson, D. (2002). Psychologists in practice with older adults: Current patterns, sources of training, and need for continuing education. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 435-442. <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.33.5.435>

Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2007). *Changes in decision-making capacity in older adults: Assessment and intervention*. Hoboken, N.J.: John Wiley

Qualls, S. H., and Zarit, S. H. (Eds.). (2009). *Aging Families and Caregiving*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.

Ramsey, J. L. (2012). Spirituality and Aging: Cognitive, Affective, and Relational Pathways to Resiliency. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32(1), 131-150. doi:10.1891/0198-8794.32.131

Reiss, N. S., & Tishler, C.L. (2008). Suicidality in nursing home residents: Part I. Prevalence, risk factors, methods, assessment, and management. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 264-270. doi: 10.1037/0735-7028.39.3.264

Reynolds, C. F., III., & Charney, D. S. (Eds.) (2002). Unmet needs in the diagnosis and treatment of mood disorders in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3, Special Issue), 145-303. doi:10.1016/S0006-3223(02)01464-6

Richardson, L. K., Frueh, B. C., Grubaugh, A. L., Egede, L., & Elhai, J. D. (2009). Current directions in videoconferencing tele-mental health research. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(3), 323–338. doi:10.1111/j.1468-2850.2009.01170.x

Rikard, R. V., & Rosenberg, E. (2007). Aging Inmates: A Convergence of Trends in the American Criminal Justice System. *Journal of Correctional Health Care*, 13(3):150-162.

Robb, C., Chen, H., & Haley, W. E. (2002). Ageism in mental health and health care: A critical review. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8, 1-12. doi: 10.1023/A:1013013322947

Robb, C., Haley, W. E., Becker, M. A., Polivka, L. A., & Chwa, H.-J. (2003). Attitudes towards mental health care in younger and older adults: Similarities and differences. *Aging and Mental Health*, 7, 142-152. <http://dx.doi.org/10.1080/1360786031000072321>

Roberts, B.W., Walton, K. E., & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1-25. doi:10.1037/0033-2909.132.1.1

- Rose, J. 2012. Lessons for spinal cord injury rehabilitation taken from adult developmental psychology: 2011 Essie Morgan Lecture. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 35(2), 133-139.
- Rosowsky, E. (2005). Ageism and professional training in aging: Who will be there to help? *Generations*, 29, 55-58.
- Rosowsky, E., Casciani, J., & Arnold, M. (2009). *Geropsychology and long-term care: A practitioner's guide*. New York: Springer.
- Rowe, J.W. & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433-440. doi:10.1093/geront/37.4.433
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychology Review*, 103(3), 403-428. doi:10.1037//0033-295X.103.3.403
- Salthouse, T. A. (2010). *Major Issues in Cognitive Aging*. Oxford: Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195372151.001.0001
- Santos, J. F., & VandenBos, G. R. (Eds.). (1982). *Psychology and the older adult: Challenges for training in the 1980s*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Saxon, S. V., Etten, M. J., & Perkins, E. A. (2010). *Physical change and aging: A guide for the helping professions*. NY: Springer
- Scarmeas, N., Luchsinger, J. A., Schupf, N., Brickman, A. M., Cosentino, S., Tang, M. X., & Stern, Y. (2009). Physical activity, diet, and risk of Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 302(6), 627-637. doi:10.1001/jama.2009.1144
- Schaie, K. W. (1977). Quasi-experimental designs in the psychology of aging. In J. E. Birren and K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (pp. 1-19). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Schaie, K. W. (2011). Historical influences on aging and behavior. In S. K. Warner & S. L. Willis (Eds.) *Handbook of the psychology of aging* (7th ed., pp. 41-55). Elsevier Academic Press: San Diego, CA.
- Schaie, K. W., & Willis, S. (Eds.). (2011). *Handbook of the Psychology of Aging* (7th ed.). New York: Academic Press.
- Scheibe, S., & Carstensen, L. (2010). Emotional aging: Recent findings and future trends. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 65B(2), , 135-144. doi: 10.1093/geronb/gbp132
- Schooler, C., Mulatu, M. S., & Oates, G. (1999). The continuing effects of substantively complex work on the intellectual functioning of older workers. *Psychology and Aging*, 14(3), 483-506.
- Schulberg, H. C., Bruce, M. L., Lee, P. W., Williams, J. W., & Dietrich, A. J. (2004). Preventing suicide in primary care patients. The primary care physician's role. *General Hospital Psychiatry*, 26, 337-345.

- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51, 702-714.
- Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family Caregiving of Persons With Dementia. *The Journal of the American Medical Association*, 12(3), 240-249. 2003-09669-008
[pii]
- Schulz, R., Martire, L. M., Beach, S. R., & Scherer, M. F. (2000). Depression and mortality in the elderly. *Current Directions in Psychological Science*, 9, 204-208.
- Scogin (2007). Introduction to special section on evidence-based psychological treatments for older adults. *Psychology and Aging*, 22, 1-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0882-7974.22.1.1>
- Scogin, F. & Avani, S. (2006). Screening older adults for depression in primary care settings. *Health Psychology*, 25, 675-677.
- Scogin, F., & Shah, A. (2012). Making evidence-based psychological treatment work with older adults. Washington, DC: American Psychological Association.
- Scogin, F., Welsh, D., Hanson, A., Stump, J., & Coates, A. (2005). Evidence-based psychotherapies for depression in older adults. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(3), 222-237. doi:10.1093/clipsy.bpi033
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., Mincic, M. S., & O'Riley, A. (2005). Beliefs about mental illness and willingness to seek help: A cross-sectional study. *Aging and Mental Health*, 9, 363-367. doi: 10.1080/13607860500131047
- Segal, D. L., Coolidge, F. L., & Rosowsky, E. (2006). *Personality Disorders and Older Adults: Diagnosis, Assessment, and Treatment*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Segal, D. L., Qualls, S. H., & Smyer, M. A. (2011). *Aging and mental health* (2nd ed.), United Kingdom: Blackwell.
- Segal, D. L., Zweig, R., & Molinari, V. (2012). Personality disorders in later life. In S.K. Whitbourne & M. Sliwinski (Eds.) *Handbook of Developmental Psychology: Adult Development and Aging* (pp. 312-330). New York: Blackwell Publishing Ltd.
- Shah, A., Scogin, F., & Floyd, M. (2012). Evidence-based psychological treatments for geriatric depression. In F. Scogin & A. Shah (Eds.), *Making evidence-based psychological treatments work with older adults*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Skultety, K. M., & Zeiss, A. (2006). The treatment of depression in older adults in the primary care setting: an evidence-based review. *Health Psychology*, 25(6), 665-674. doi:10.1037/0278-6133.25.6.665
- Sliwinski, M., & Buschke, H. (1999). Cross-sectional and longitudinal relationships among age, cognition, and processing speed. *Psychology and Aging*, 14(1), 18-33.
<http://dx.doi.org/10.1037//0882-7974.14.1.18>
- Sprengel, D. G. (1999). Therapeutic issues and strategies in group therapy with older men. In M. Duffy (Ed.), *Handbook of counseling and psychotherapy with older adults* (pp. 214- 227). New York: John Wiley & Sons.

- Stanley, M. A., & Beck, J.G. (2000). Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 20(6), 731-754. [http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358\(99\)00064-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0272-7358(99)00064-1)
- Staudinger, U. M., & Bowen, C. E. (2010). Life-span perspectives on positive personality development in adulthood and aging. In M. Lamb & A. M. Freund (Eds.), *The handbook of lifespan development, vol.2: Social and emotional development* (pp. 254-297). New York: Wiley.
- Sternberg, R. J., & Lubart T. I. (2001). Wisdom and creativity. In J. E. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of aging* (5th ed., pp. 500-522). San Diego: Academic Press.
- Sterns, H. L., & Dawson, N. T. (2012). Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life: Work, Retirement, and Resilience. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 32(1), 1, 211-230. <http://dx.doi.org/10.1891/0198-8794.32.211>
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2011). Providing Emotional health and preventing suicide: A toolkit for senior living communities. Retrieved from <http://store.samhsa.gov/shin/content/SMA10-4515/SMA10-4515.ToolkitOverview.pdf>
- Tazeau, Y. (2011). Individual and cultural diversity considerations in geropsychology. In V. Molinari (Ed.), *Specialty Competencies in Geropsychology*, NY: Oxford University Press.
- Teri, L., & McCurry, S. M. (1994). Psychosocial therapies with older adults. In C. E. Coffey & J. L. Cummings (Eds.), *Textbook of geriatric neuropsychiatry* (pp. 662-682). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Terry, P. (2008). Ageism and projective identification. *Psychodynamic practice: Individuals, Groups, and Organizations*, 14, 155-168. <http://dx.doi.org/10.1080/14753630801961750>
- Trevorrow, T. (2010). Assessing sleep problems of older adults. In P. Lichtenberg (Ed.), *Handbook of assessment in clinical gerontology* (2nd ed.)(pp. 405-426). New York: Elsevier.
- Trojanowski, J. Q., Vanderstichele, H., Korecka, M., Clark, C. M., Aisen, P. S., Petersen, R. C., Shaw, L. M. (2010). Update on the biomarker core of the Alzheimer's Disease Neuroimaging Initiative subjects. *Alzheimer's & Dementia*, 6(3), 230-238. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jalz.2010.03.008>
- Trotman, F. K., & Brody, C. M. (Eds.). (2002). *Psychotherapy and counseling with older women: Cross-cultural, family, and end-of-life issues*. New York, NY, US: Springer.
- Tsai, J. L., & Carstensen, L. L. (1996). Clinical intervention with ethnic minority elders. In L.L. Carstensen, B. Edelstein, & L. Dornbrand (Eds.) *The Practical Handbook of Clinical Gerontology* (pp. 76-106). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Tsiouris, J. A., Prasher, V. P., Janicki, M. P., Fernando, A., & Service, K. P. (2011). The aging patient with intellectual disabilities. In M.E. Agronin, G. J. Maletta (Eds.), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (2nd ed. pp. 627-648). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.
- Turk, D. C., & Burwinkle, D.C. (2005). Clinical Outcomes, Cost-Effectiveness, and the Role of Psychology in Treatments for Chronic Pain Sufferers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(6), 602-610. doi:10.1037/0735-7028.36.6.602

- Urv, T. K., Zigman, W. B., & Silverman, W. (2008). Maladaptive behaviors related to dementia status in adults with Down syndrome. *American Journal of Mental Retardation*, 113, 73-86.
- Vacha-Haase, T. (2011). Teaching, supervision, and the business of geropsychology. In V. Molinari (Ed.), *Specialty competencies in geropsychology*. New York: Oxford University Press.
- Vacha-Haase, T., Wester, S. R., & Christianson, H. (2010). *Psychotherapy with older men*. New York, NY: Routledge.
- Van der Hooft, C. S., Schoofs, M.W., Ziere, G., Hofman, A., Pols, H. A., Sturkenboom, M. C., & Stricker, B. H. (2008). Inappropriate benzodiazepine use in older adults and the risk of fracture. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 66(2): 276–282. doi:10.1111/j.1365-2125.2008.03185.x
- Wahl, H.W., Fange, A., Oswald, F., Gitlin, L. N., & Iwarsson, S. (2009). The home environment and disability-related outcomes in aging individuals: What is the empirical evidence? *Gerontologist*, 49(3), 355-367. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/gnp056>
- Wahl, H. W., Iwarsson, S., & Oswald, F. (2012). Aging well and the environment: Toward an integrative model and research agenda for the future. *Gerontologist*, 52, 306-316. doi: 10.1093/geront/gnr154
- Waldstein, S. R. (2000). Health effects on cognitive aging. In P. C. Stern & L. L. Carstensen (Eds.), *The aging mind: Opportunities in cognitive research* (pp. 189-217). Washington, DC: National Academy Press.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Webster, J. (1995). Adult age differences in reminiscence functions. In B. K. Haight & J. D. Webster (Eds.), *The art and science of reminiscing: Theory, research methods, and applications*. Bristol, PA: Taylor & Francis.
- Weintraub, D., Furlan, P., & Katz, I. R. (2002). Depression and coexisting medical disorders in late life. *Generations: Journal of the American Society on Aging*, 26, 55-58.
- Wells, Y. (2004). Research and practice with older adults: The picture in Australia. *Australian Psychologist*, 40, 2-7.
- West, R. L. (1996) An application of prefrontal cortex function theory to cognitive aging. *Psychological Bulletin* 120(2), 272–92. doi:10.1037/0033-2909.120.2.272
- Wetherell, J. L., Lenze, E. J., & Stanley, M. A. (2005). Evidence-based treatment of geriatric anxiety disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 871-896. doi:10.1016/j.psc.2005.09.006
- Whitbourne, S. K. (Ed.) (2000). *Psychopathology in later adulthood*. New York: Wiley.
- Whitbourne, S. & Meeks, S. (2011). Psychopathology, bereavement, and aging. In K.W. Schaie & S. Willis (Eds.) *Handbook of the Psychology of Aging* (7th ed., pp. 311-323).

Burlington, MA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-380882-0.00020-6

Whitbourne S. K., & Whitbourne, S. B. (2012). Demography of aging: Behavioral and social implications. In S. K. Whitbourne & M. J. Sliwinski (Eds.) *The Wiley-Blackwell Handbook of Adult Development and Aging* (pp. 25-48). West Sussex, UK: Blackwell Publishing Ltd. doi:10.1002/9781118392966.ch2

Whitfield, K. E., Thorpe, R. & Szanton, K. S. (2011). Health disparities, social class and aging. In K. W. Schaie & S. Willis (Eds.) *Handbook of the Psychology of Aging* (7th ed., pp. 207-218). Burlington, MA: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-380882-0.00013-9

Williams, K., Kemper, S., & Hummert, M. L. (2004). Enhancing communication with older adults: Overcoming elderspeak. *Journal of Gerontological Nursing*, 30, 1-10.

Williams, K. N., Herman, R., Gajewski, B., & Wilson, K. (2009). Elderspeak communication: Impact on dementia care. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 24, 11-20. doi:10.1177/1533317508318472

Wilmoth, J., London, L., & Parker, W. 2010. "Military service and men's health trajectories in later life." *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 56(6): 744-755. doi:10.1093/geronb/gbq072

Wilson, R. S., Mendes De Leon, C. F., Barnes, L. L., Schneider, J. A., Bienias, J. L., Evans, D. A., & Bennett, D. A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 287(6), 742-748. doi:10.1001/jama.287.6.742

Wilson, I. B., Schoen, C., Neuman, P., Stollo, M. K., Rogers, W. H., Chang, H., & Safran, D. G. (2007). Physician-patient communication about prescription medication nonadherence: a 50-state study of America's seniors. *Journal of General Internal Medicine*, 22(1), 6-12. doi:10.1007/s11606-006-0093-0

Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, O., ... & Petersen, C. (2004). Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256(3), 240-246.

Wolf, M. S., Gazmararian, J. A., & Baker, D. W. (2005). Health literacy and functional health status among older adults. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1946-1952. doi:10.1001/archinte.165.17.1946

Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety Disorders in Older Adults: A Comprehensive Review. *Depression and Anxiety*, 27(2), 190-211. doi:10.1002/da.20653

Working Group for the Establishment of Criteria for the Diagnosis of Dementia. (2000). Test battery for the diagnosis of dementia in individuals with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 44, 175-180.

World Health Organization (2008). *WHO global report on falls intervention in older age*. Albany, NY: World Health Organization.

- Yalom, I. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist*, 36, 283-297. doi:10.1080/08873260802350006
- Yang, J. A., Garis, J., Jackson, C., & McClure, R. (2009). Providing Psychotherapy to Older Adults In-Home: Benefits, Challenges and Decision-Making Guidelines. *Clinical Gerontologist*, 32(4), 333-346. doi:10.1080/07317110902896356
- Yang, L., Rieves, D., & Ganley, C. (2012). Brain Amyloid Imaging — FDA Approval of Florbetapir F18 Injection. *New England Journal of Medicine*, 367(10), 885-887. doi:10.1056/NEJMp1208061
- Yeo, G. (2001). Curriculum in Ethnogeriatrics. Retrieved <http://www.stanford.edu/group/ethnoger/>
- Yeo, G. & Gallagher-Thompson, D. (2006). *Ethnicity and the dementias*, (2nd ed.) NY: Taylor & Francis Group.
- Zarit, S. H., & Knight, B. G. (Eds.) (1996). *A guide to psychotherapy and aging: Effective clinical interventions in a life-stage context*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (2007). Consultation in institutional settings. In S.H. Zarit & J. M. Zarit, *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment* (2nd ed.), (pp. 351-379). New York: Guilford.
- Zarit, S. H., & Zarit, J. M. (2011). *Mental disorders in older adults: Fundamentals of assessment and treatment* (2nd ed.), New York: Guilford.
- Zeiss, A. M. (2003). Providing interdisciplinary geriatric team care: What does it really take? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 115-119.
- Zeiss, A. M., & Karlin, B.E. (2008). Integrating mental health and primary care services in the Department of Veterans Affairs health care system. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 15(1), 73-78. doi:10.1007/s10880-008-9100-4
- Zimmerman, J. A., Fiske, A., & Scogin, F. (2011). Mentoring in clinical geropsychology: Across the stages of professional development. *Educational Gerontology*, 37, 355-369.
- Zweig, R. A., Siegel, L., & Snyder, R. (2006). Clinical geropsychology training in primary care: Preliminary findings from a clinical training project. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 13, 19–28. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10880-005-9010-7>
- Zweig, R. A., & Agronin, M. E. (2011). Personality Disorders in Late Life. In M.E. Agronin, G. J. Maletta (Eds.), *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry* (2nd ed. pp. 523-543). Philadelphia: Lippincott, Williams, & Wilkins.