



## ***La depressione nell'anziano: clinica e terapia***

*di Salvatore Di Salvo*

La depressione dell'anziano ha alcune particolarità sintomatologiche e di decorso: l'anziano depresso può essere descritto come un paziente “cronico”, dai tratti di personalità rigidi, disforico, agitato, in preda a timori ipocondriaci, ossessionato dalla paura della morte, con idee deliranti incentrate sulla convinzione di essere oggetto di furti o maltrattamenti e con memoria e capacità di concentrazione sensibilmente ridotte. Questi aspetti hanno indotto, negli anni '50, alcuni autori a parlare di “melanconia involutiva”, una sindrome depressiva che colpiva soggetti di oltre 45 anni d'età, in assenza di familiarità per disturbi dell'umore. La sintomatologia comprendeva appunto ansia, agitazione psicomotoria e deliri a sfondo persecutorio e ipocondriaco. Il decorso era più spesso cronico con tendenza all'evoluzione demenziale e il rischio di suicidio elevato.

In tempi più recenti il DSM-II (1968) ha conservato la diagnosi di “Melanconia Involutiva” fissandone l'esordio dopo i 50 anni e sottolineando la maggior frequenza nelle donne, la presenza di grave insonnia, sensi di colpa e preoccupazioni per la propria salute fino al delirio. Il manuale poneva inoltre in rilievo i frequenti disturbi cognitivi, quali difficoltà di concentrazione e attenzione, nonché la tendenza al graduale impoverimento dell'ideazione.

Il DSM-IV (1994), invece, non contempla alcuna categoria o “sottotipo” specifici per la depressione dell'anziano: questo atteggiamento riflette le osservazioni che tendono a considerare molte caratteristiche della depressione dell'anziano come risultato della contemporanea presenza con altri disturbi psichiatrici, internistici e neurologici. La maggiore incidenza di malattie internistiche e neurologiche nell'anziano modifica quindi la sintomatologia depressiva, oltre ad influenzare negativamente la prognosi dell'episodio. La depressione è spesso presente assieme a disturbi d'ansia, soprattutto il Disturbo d'Ansia Generalizzato e il Disturbo Ossessivo-Compulsivo, che possono contribuire a produrre quadri clinici polimorfi e a cronicizzare il decorso del disturbo. L'insieme di tutti questi fattori concorre quindi a quella “atipicità” considerata propria della depressione dell'anziano.

### *Diffusione*

Le depressioni nell'anziano sono molto diffuse e, nelle varie statistiche, sono più frequenti in quelli che vivono in comunità. Tra gli anziani con patologie organiche vi è un'incidenza del 25-40%, tra quelli ricoverati in ospedale è del 35-50% e tra i lungodegenti sale al 65%.

Il Disturbo Distimico è il più frequente e si associa a pensionamento, vedovanza, perdita dei supporti sociali o a malattie mediche croniche.

#### *Cause delle depressioni ad insorgenza tardiva*

I fattori causali alla base delle depressioni ad insorgenza tardiva sono costituiti dalle modificazioni biochimiche e strutturali del Sistema Nervoso e dalle malattie organiche. Frequentemente associate a depressione sono alcune patologie della tiroide, diabete, alcune malattie autoimmuni, alcune infezioni virali quali epatite, HIV e tumori.

Le principali malattie neurologiche in cui è frequente la presenza di depressione sono i disturbi cerebrovascolari, le demenze, le epilessie, la malattia di Parkinson, la Sclerosi Multipla e le cefalee. Anche un'ampia gamma di farmaci possono contribuire alla genesi della depressione e tra essi vi sono antipertensivi, estrogeni, anestetici, analgesici, antiparkinsoniani, antiepilettici, antiulcera, chemioterapici, neurolettici.

Accanto ai fattori precedentemente ricordati, alcuni aspetti sociali possono determinare l'insorgenza delle depressioni dell'anziano:

- l'esperienza di perdita, soprattutto dopo il pensionamento;
- la ridotta capacità di adattamento;
- la mancanza di supporti sociali;
- fattori correlati alla personalità di base.

#### *Sintomi e decorso della depressione dell'anziano*

Sebbene la sintomatologia depressiva nell'anziano, in assenza di malattie concomitanti, mantenga sostanzialmente caratteristiche comuni a quella delle altre fasce d'età, occorre considerare che esistono sintomi più frequenti nella depressione dell'anziano rispetto alle forme che esordiscono in altre epoche della vita. Anche nell'anziano sono solitamente presenti umore depresso o disforico, anedonia (incapacità di provare piacere) e gli altri sintomi caratteristici della depressione, ma i sentimenti di depressione e tristezza possono non essere facilmente evidenziabili, ostacolando la diagnosi in un certo numero di casi. Ai sintomi depressivi classici si possono associare aspetti che derivano, di volta in volta, da condizioni stressanti ambientali e dall'invecchiamento del SNC. La depressione è contraddistinta da un'evidente compromissione cognitiva, con deficit d'attenzione, di memoria e di concentrazione anche gravi, fino al punto da presentarsi come un disturbo "pseudodemenziale".

### *Episodio singolo e depressione ricorrente*

La maggior parte degli episodi depressivi diagnosticati nell'anziano è costituita da recidive di disturbi dell'umore ad insorgenza precoce, unipolari o bipolari. In questi casi la sintomatologia tende ad essere più "tipica" e il decorso assume meno di frequente un andamento cronico.

Nel caso invece in cui la depressione compaia nell'anziano per la prima volta, deve essere valutato accuratamente il ruolo degli eventuali disturbi medici e neurologici associati e, dal punto di vista delle cause, assumono maggiore importanza le modificazioni legate all'età. Depressione e invecchiamento condividono caratteristiche comuni, ad esempio la ridotta concentrazione dei neurotrasmettitori cerebrali. Questo ha suggerito che l'anziano possa essere "predisposto" alla depressione a causa delle modificazioni proprie dell'invecchiamento.

Alcuni autori hanno confrontato le depressioni ad esordio tardivo con le recidive di quelle insorte in età giovanile. Le prime presentano sintomi e caratteristiche di decorso differenti rispetto a quelle ad esordio precoce: è meno importante la predisposizione genetica, l'anamnesi familiare è spesso negativa, vi è una minore tendenza al decorso bipolare o unipolare ricorrente, assumono maggiore importanza gli eventi di vita come fattori scatenanti, sono più spesso correlati a disturbi internistici e neurologici concomitanti.

La depressione ad insorgenza tardiva è più frequente nei maschi e il decorso tende ad essere cronico. I sintomi depressivi sono considerati più lievi, se si eccettuano i sentimenti di colpa, mentre è elevata la quota ansiosa e sono frequenti le preoccupazioni ipocondriache, le somatizzazioni, l'agitazione, le idee deliranti e di riferimento.

### *Terapia farmacologica*

Il consumo di psicofarmaci è molto elevato nella popolazione anziana: un anziano su tre utilizza ansiolitici o ipnoinducenti, anche indipendentemente dalla presenza di patologie psichiatriche ben precise. Spesso l'anziano va incontro ad un abuso di psicofarmaci, talora impiegati più per rispondere ad un numero svariato di problemi istituzionali e personali che per una reale necessità terapeutica, non tenendo conto dei rischi elevati di disturbi iatrogeni. L'insorgenza di effetti collaterali da psicofarmaci è sette volte superiore nell'anziano rispetto al giovane e ciò è dovuto ad un insieme di fattori riferibili a tre ordini fondamentali di variabili:

Le alterazioni di tipo farmacocinetico (riguardanti l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'escrezione di un farmaco) sono responsabili delle risposte abnormi che si manifestano talora nel paziente anziano, mentre quelle di tipo farmacodinamico (riguardanti le risposte recettoriali) possono spiegare l'aumentata o diminuita sensibilità ai farmaci.

La presenza di patologie concomitanti, specialmente croniche, aumenta le prescrizioni dei farmaci da assumere (polifarmacoterapia) e di conseguenza aumentano le interazioni farmacologiche, che a loro volta possono portare ad un'alta incidenza di effetti collaterali indesiderati.

I tassi di mancata aderenza al trattamento sono elevati nella popolazione geriatrica: automedicazioni, errori volontari dovuti all'erronea convinzione che una dose superiore a quella prescritta possa essere più giovevole, errori involontari relativamente al rispetto dei dosaggi ed alla frequenza delle assunzioni.

Queste premesse non debbono però scoraggiare l'uso degli antidepressivi nell'anziano, anche se si deve procedere con cautela, iniziando da dosi basse. Prima di iniziare la terapia è necessario avere un'esatta conoscenza delle eventuali terapie in atto e delle interazioni tra gli antidepressivi prescritti e gli altri farmaci assunti per patologie organiche. Bisogna inoltre semplificare il più possibile la prescrizione per evitare difficoltà di assunzione e tener conto dei possibili effetti collaterali.