

IL PUNTO DI VISTA DELLO PSICHIATRA

The psychiatrist's point of view

Cinzia Bressi, Giulia Alessandra Capra

Dipartimento di Fisiopatologia Medico-Chirurgica e dei Trapianti, Università degli Studi di Milano, Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, Area Omogenea di Salute Mentale, Dipartimento di Neuroscienze e Salute Mentale. Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

Keywords

Older people
Depression
Comorbidity
Pharmacological treatment
Caregiver

Abstract

Despite the rising number of older people in our society, the elderly patients are underrepresented in psychiatric care. In order to offer an effective treatment to geriatric patients, it is important to know the complexity of the senile condition. Although anxiety and depression are commonly comorbid in older people, only a minority of old patients receives appropriate treatment, also because the existing models of therapies - which are efficacious with adults - may not fit the group of older people. Moreover, psychiatric disease in these patients often is accompanied by physical illness and, in order to efficaciously treat older people, it is important to consider the interaction of multiple variables. Pharmacotherapy is important to reduce psychiatric symptoms but, given the high frequency of medication in elderly people and the possibly reduced response to their action, the potential interactive and/or collateral effects must be taken into consideration. Moreover, while taking care of a geriatric patient, not only the individual, but also his caregivers have to be involved in the therapeutic process.

Introduzione

Il paziente anziano è, per definizione, un paziente complesso, con numerose peculiarità che devono essere tenute in considerazione sia nell'approccio diagnostico che in quello terapeutico. Nel prendersi cura di un paziente in età geriatrica, infatti, è importante avere una visione globale che tenga conto della fragilità insita nella condizione senile (es. ridotta mobilità), della storia clinica del soggetto, della sua storia di vita, dell'invecchiamento biologico più o meno marcato, della sua personalità, del suo stile di vita, ma anche della sua condizione psico-sociale e del tipo e della qualità delle sue relazioni interpersonali [1]. Le componenti personali del paziente in età avanzata difficilmente possono essere scisse dalle componenti ambientali (famiglia, supporto sociale, strutture socio-sanitarie e servizi a disposizione sul territorio). L'aumento dell'aspettativa di vita e il conseguente aumento della popolazione anziana (non solo dei cosiddetti "giovani anziani", di età compresa fra i 60 e i 74 anni, ma anche dei cosiddetti "grandi anziani" di età anche molto superiore ai 75 anni) rendono necessaria una revisione dei modelli di terapia esistenti pensati per gli adulti e la messa a punto di nuove strategie terapeutiche mirate, dal momento che ciò che risulta efficace per un paziente più giovane non necessariamente risulterà tale per un paziente in età senile [2].

Il paziente anziano, inoltre, presenta frequentemente più gruppi sintomatologici (comorbilità psichiatrica e somatica), con una reciproca interazione tra disturbi psichiatrici e fisici e un'influenza negativa di alcune patologie psichiatriche, come la depressione, relativamente sia alla disabilità fisica che ai deficit cognitivi. La presa in carico dal punto di vista terapeutico, intervenendo sulla sintomatologia psichiatrica con un adeguato trattamento farmacologico e non farmacologico, diventa quindi particolarmente importante per ridurre anche l'impatto negativo sulle malattie somatiche e sulle funzioni cognitive, con l'obiettivo di un miglioramento generale dello stato di salute [3].

Corrispondenza: Cinzia Bressi, Servizio di Psicologia Clinica e Psicoterapia, Fondazione IRCCS Ca' Granda, Ospedale Maggiore Policlinico, Via Pace, 9 - 20100 Milano. E-mail: cinzia.bressi@unimi.it

Complessità e comorbidità: l'importanza della diagnosi differenziale e dell'intervento precoce nella depressione

Nella popolazione anziana la depressione risulta essere un problema significativo [4] e la prevalenza dei disturbi d'ansia è in aumento [5]. Ansia e depressione sono frequentemente compresenti nel paziente anziano e questa condizione di comorbidità psichiatrica risulta associata non solo ad un peggioramento dello stato di salute fisica e mentale, ma anche ad una più ridotta risposta ai trattamenti psicologici e farmacologici, rispetto alla presenza di una sola delle due condizioni morbose [6]. Tuttavia, differenze metodologiche e diversità negli approcci, oltre alla relativa scarsità di studi sull'ansia e sull'interazione tra i due gruppi sintomatologici -soprattutto nell'anziano- non permettono di avere una precisa stima della diffusione di queste patologie psichiatriche nella popolazione di età più avanzata [7]. Se consideriamo la diagnosi di Depressione Maggiore, ad esempio, diversi studi indicano una prevalenza nell'anziano tra lo 0,8% e il 12,4%, mentre se si fa riferimento più genericamente alla "sintomatologia depressiva", la prevalenza oscilla tra l'8,3% e il 35% [8]. Secondo alcuni studi, la depressione nella popolazione anziana risulta associata a sintomi ansiosi nel 23% dei casi e a fobia semplice o sociale nel 15% [9, 10]. Una ricerca italiana [11] ha osservato, in un campione di soggetti anziani, la presenza di una sintomatologia depressiva clinicamente rilevante associata, nell'80% dei casi, ad una comorbidità somatica (cardiopatía, ipertensione, diabete...). La comorbidità depressiva, in presenza di malattie fisiche, peggiora lo stato di salute rispetto alla condizione di sola depressione, o alla singola malattia somatica cronica, o alla compresenza di due malattie somatiche in assenza di depressione. La presenza di disturbi psichiatrici come ansia e depressione, nei soggetti anziani, è associata ad un aumento della disabilità, ad una peggiore qualità della vita e ad un maggiore utilizzo dei servizi sanitari [12], oltre che ad una maggiore incidenza di deficit cognitivi [13]. La depressione, inoltre, risulta avere un'influenza negativa sul sistema cardiocircolatorio [14], rappresentando un possibile fattore di rischio per lo sviluppo di una demenza di tipo vascolare [15]. Dal momento che sintomi cognitivi (come difficoltà di attenzione e di memoria) sono reperibili anche nel tipico quadro della depressione, è importante che vi sia una corretta diagnosi differenziale tra una condizione di depressione ad esordio tardivo con deficit cognitivi e un principio di demenza, al fine di fornire un trattamento mirato. Inoltre, intervenire precocemente sulla depressione può avere il beneficio secondario di prevenire l'insorgenza di un possibile quadro dementigeno se è vero che, come risulta da alcune ricerche, il livello di depressione in *baseline* predice il tasso di declino cognitivo al follow-up e, in particolare, il declino risulta maggiore nei soggetti con depressione cronica ed è più limitato, invece, nei soggetti che hanno ricevuto cure adeguate per la depressione [16]. L'effetto additivo di depressione ed età sul deterioramento cognitivo, insieme all'impatto negativo sulle patologie somatiche, rende l'intervento sulla depressione nell'anziano particolarmente importante. Il riconoscimento precoce, in particolare, consente una maggiore probabilità di adeguato trattamento farmacologico o non farmacologico [17, 18].

Il trattamento farmacologico del paziente anziano

Nonostante, come già osservato, la depressione e i disturbi d'ansia siano comuni in età geriatrica, sono ancora in minoranza i pazienti anziani che ricevono un trattamento appropriato [19]. Sembra, infatti, che i pazienti più anziani rispondano meno ai trattamenti farmacologici e psicoterapici per i disturbi d'ansia rispetto ai pazienti adulti [20] e che coloro che, in età più avanzata, soffrono di depressione maggiore ricevano minori trattamenti ospedalieri e psicoterapeutici in confronto ai più giovani [21]. Un recente studio inglese ha evidenziato un'alta prevalenza di sintomi depressivi e/o comportamentali in pazienti anziani ospedalizzati, nonostante l'elevato ricorso a farmaci antidepressivi o a farmaci anti-psicotici, suggerendo la significativa presenza di specifiche esigenze terapeutiche non soddisfatte [22]. La scarsità di studi clinici che coinvolgono questo settore di popolazione e la riduzione dell'efficacia dei trattamenti per adulti all'aumentare dell'età del paziente rendono necessario lo sviluppo di strategie terapeutiche, farmacologiche e non, che siano quanto più possibili mirate per un target di utenza che, come abbiamo visto, presenta specifiche esigenze e complessità.

L'approccio terapeutico al paziente anziano deve necessariamente considerare un modello multidimensionale, che vede l'interazione di elementi biologici/organici, elementi psicologici e modificazioni ambientali. Se da un lato appare difficile ipotizzare che un singolo intervento farmacologico possa controllare le risultanze delle molteplici componenti in gioco, dall'altro non si può ignorare che l'intervento biologico ha un profondo significato, soprattutto nella cura della depressione. L'equilibrio delle diverse componenti, mai mutualmente escludentisi, varia da individuo a individuo ed è importante tenerne conto sia nella fase diagnostica, che in quella terapeutica [23].

Nell'anziano, il legame tra componenti somatiche e ambientali risulta essere molto più stretto e reciproco che nell'adulto. Ad esempio, è importante capire se un paziente anziano depresso, ospedalizzato a causa di una malattia somatica, possa trarre beneficio da un trattamento farmacologico notoriamente efficace per la Depressione Maggiore nell'adulto, o se al contrario la sintomatologia depressiva non sia una manifestazione della ridotta capacità del soggetto di far fronte ad un evento stressante, condizione che potrebbe non risentire dell'azione del farmaco [24]. La base biologica, particolarmente significativa nel predire una maggior risposta dell'adulto ai farmaci antidepressivi, nell'anziano con multimorbilità assume minore rilevanza, poiché altre e molteplici sono le variabili da tenere in considerazione. L'intervento farmacologico dovrebbe tenere presente, nell'anziano più che nell'adulto, il rischio di errati dosaggi, di effetti collaterali e di interferenze con i maggiori sistemi omeostatici. Il trattamento farmacologico dei cosiddetti "sintomi non cognitivi" (depressione, ansia, apatia, agitazione, irritabilità...) deve tener conto dell'accresciuta sensibilità degli anziani ai farmaci psicotropi: da un lato, la riduzione della trasmissione colinergica e dopaminergica accresce la probabilità di effetti anticolinergici ed extrapiramidali; dall'altro, la riduzione della funzionalità epatica e renale comporta modificazioni legate al metabolismo dei farmaci stessi [23]. Il paziente anziano, inoltre, presentando problematiche a più livelli, spesso assume numerosi farmaci prescritti da professionisti diversi per differenti patologie organiche: è quindi importante tener presente che la polifarmacoterapia accresce le problematiche di interazione farmacologica e la possibile comparsa di effetti avversi.

L'importanza del supporto sociale e il ruolo del *caregiver*

L'esperienza della solitudine ha un impatto profondo sulla qualità della vita delle persone anziane. Una recente ricerca ha evidenziato una significativa associazione tra depressione, scarsi livelli di soddisfazione nella vita e senso di solitudine negli anziani, in particolare negli uomini. La povertà di rete sociale, e non il fatto di vivere da soli, è risultata associata ad un rischio tre volte maggiore di percezione di solitudine sia negli uomini che nelle donne [25]. Un recente studio ha evidenziato una correlazione esistente tra senso di solitudine, supporto sociale e depressione, osservando come il sostegno sociale possa parzialmente ridurre l'incidenza della depressione tra gli anziani [26].

L'inserimento in un contesto sociale, con possibilità di scambi relazionali e supporto interpersonale, oltre che terapeutico, sembra dunque essere per l'anziano un elemento particolarmente importante, in grado di incidere positivamente sull'evoluzione della patologia depressiva e di cui i professionisti dovrebbero tenere conto nel processo di presa in carico del paziente geriatrico.

Focalizzando la nostra attenzione sul contesto relazionale rappresentato dalle persone più vicine al paziente anziano, non possiamo non considerare la persona che, più di ogni altra, si assume il compito di cura e assistenza di colui che non è più in grado di prendersi cura di se stesso a causa di una malattia cronica disabilitante: il *caregiver*. Nonostante la presenza dei servizi di sostegno formale, infatti, nel caso di pazienti in età avanzata la maggior parte del lavoro di cura, nelle sue diverse forme, ricade sulla famiglia e, più spesso, su una singola persona, individuata come il *caregiver* principale. La figura del *caregiver* è fondamentale innanzitutto come fonte sicura di informazioni sul paziente, poiché il soggetto anziano non sempre è attendibile o in grado di riferire in merito alla complessità della sua condizione morbosa. Al *caregiver* fanno riferimento i medici, gli psichiatri, gli psicologi, gli infermieri e in generale tutti i professionisti che hanno in carico il paziente. Il *caregiver* assume un doppio ruolo: da

un lato, è soggetto attivo di tutela che si prende cura del proprio congiunto, il quale trae grande beneficio dall'essere accudito da una persona a lui nota, preferibilmente in un ambiente a lui familiare. Dall'altro, però, risulta essere a sua volta un soggetto che domanda aiuto, sollievo e tutela esterni mirati alla cura sia del paziente, sia di se stesso, diventando a sua volta oggetto di sostegno [23]. Prendersi cura di un paziente anziano multi-problematico è particolarmente stressante e i risvolti emotivi possono essere complessi, soprattutto se si tratta di una persona particolarmente vicina. Ad esempio, prendersi cura di un partner affetto da demenza può rappresentare una situazione molto gravosa e pone il *caregiver* a rischio per quanto riguarda la propria salute mentale e il proprio benessere psicologico, con un incremento dei sintomi ansiosi e depressivi e una riduzione nei livelli di soddisfazione esperiti [27].

Il trattamento del malato geriatrico, quindi, non può limitarsi alla semplice diade medico-paziente, ma risulta necessario il coinvolgimento di un terzo attore: il *caregiver*. Interventi multidimensionali, mirati anche alla diade paziente-*caregiver*, mirano alla valorizzazione del paziente, all'inclusione sociale e alla continuità assistenziale [23].

Conclusioni

Nel prendersi cura di un paziente anziano con patologia psichiatrica è necessario tenere in considerazione molteplici variabili. Alla complessità della condizione del malato geriatrico deve corrispondere un altrettanto complesso intervento, che tenga conto di più livelli: il singolo soggetto deve essere considerato nei suoi aspetti biologici, psicologici ed esperienziali e si deve essere tenere conto della sua fragilità; la componente individuale non può essere scissa da quella ambientale; l'azione sul singolo non può prescindere dal suo contesto familiare di riferimento; e le azioni dei diversi professionisti della salute, nella consapevolezza di questa molteplicità di elementi, devono essere sinergiche e complementari.

Nella cura del paziente anziano complesso risulta particolarmente importante utilizzare farmaci mirati, al minimo dosaggio possibile e tenendo conto dell'interazione con altri farmaci, al fine di massimizzare i risultati positivi e ridurre gli effetti collaterali. Gli interventi terapeutici e di sostegno dovrebbero essere rivolti non solo al malato, ma anche al suo *caregiver*. L'esito positivo di un intervento efficace è rappresentato sia dal controllo e dalla riduzione della sintomatologia, sia da un miglioramento della qualità della vita del paziente e dei suoi familiari, con benefici per l'intera collettività in termini di riduzione dei costi sociali.

Bibliografia

- [1] Jeste DV, Blazer DG, First M. Aging-related diagnostic variation: need for diagnostic criteria appropriate for elderly psychiatric patients. *Biol Psychiatry*. 2005; 58:265-271.
- [2] Laidlaw K. A deficit in psychotherapeutic care for older people with depression and anxiety. *Gerontology*. 2013; 59:549-56.
- [3] Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, et al. Depression, chronic diseases and increments in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007; 370: 851-858.
- [4] Evans O, Singleton N, Meltzer H, et al. The mental health of older people. HMSO, London. 2003.
- [5] Mohlman J, Price RB, Vietri J. Attentional bias in older adults: effects of generalized anxiety disorder and cognitive behavior therapy. *J Anxiety Disord*. 2013; 27:585-91.
- [6] Wuthrich VM, Rapee RM. Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behav Res Ther*. 2013; 51:779-86.
- [7] Byrne GJ, Pachana NA. Anxiety and depression in the elderly: do we know any more? *Curr Opin Psychiatry*. 2010; 23:504-509.
- [8] Alexopoulos GS. Depression in the elderly. *Lancet*. 2005; 365:1961-70.
- [9] Bryant C. Anxiety and depression in old age: challenge in recognition and diagnosis. *Int Psychogeriatr*. 2010; 2:511-513.
- [10] Byrne GJ, Pachana NA. Anxiety and depression in the elderly: do we know any more? *Curr Opin Psychiatry*. 2010; 23: 504-509.
- [11] Berardi D, Menchetti M, De Ronchi D, et al. Late-life depression in primary care: a nationwide Italian epidemiological survey. *J Am Geriatr Soc*. 2002; 50:77-83.
- [12] Porensky E, Dew M, Karp J, et al. The burden of late-life generalized anxiety disorder: effects on disability, health-related quality of life, and healthcare utilization. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009; 17:473-482.
- [13] Rosenberg PB, Mielke MM, Xue QL, et al. Depressive symptoms predict incident cognitive impairment in cognitive healthy older women. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2010; 18:204-11.
- [14] Nemeroff CB. The curiously strong relationship between cardiovascular disease and depression in the elderly. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008; 16:857-860.
- [15] Thomas A. Keep calm and carry on: progress in understanding depression, neurocognitive impairments, and dementia. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012; 20:20-24.
- [16] Kohler S, van Boxtel MPJ, van Os J, et al. Depressive symptoms and cognitive decline in community-dwelling older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2010; 58:873-879.

- [17] Alexopoulos GS, Borson S, Cuthbert BN, et al. Assessment of late life depression. *Biol Psychiatry*. 2002; 52:164-174.
- [18] Ayalon L, Fialová D, Areal PA, et al. Challenges associated with recognition and treatment of depression in older recipients of home care services. *Int Psychogeriatr*. 2010; 22:514-522.
- [19] Voshaar RC. Lack of interventions for anxiety in older people. *Br J Psychiatry*. 2013; 203:8-9.
- [20] Wetherell JL, Petkus AJ, Thorp SR, et al. Age differences in treatment response to a collaborative care intervention for anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 2013; 203:65-72.
- [21] Godemann F, Seemüller F, Schneider A, Wolff-Menzler C. The Quality of Inpatient Treatment of Elderly with Major Depression. *Psychiatr Prax*. 2014 May 23. [Epub ahead of print]
- [22] Stewart R, Hotopf M, Dewey M, et al. Current prevalence of dementia, depression and behavioural problems in the older adult care home sector: the South East London Care Home Survey. *Age Ageing*. 2014 May 22. [Epub ahead of print]
- [23] Neviani F, Monzani M, Neri M. La complessità dell'esperienza depressiva nell'anziano: diagnosi e terapia, una chimera? *Psicogeriatría*. 2013; 2:63-76.
- [24] Rozzini R, Sabatini T, Ranhoff AH, et al. Depression in older medical inpatients. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2007; 62:796-798.
- [25] Zebhauser A, Hofmann-Xu L, Baumert J, et al. How much does it hurt to be lonely? Mental and physical differences between older men and women in the KORA-Age Study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014; 29:245-52.
- [26] Liu L, Gou Z, Zuo J. Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *J Health Psychol*. 2014 Jun 11. [Epub ahead of print]
- [27] Ask H, Langballe EM, Holmen J, et al. Mental health and wellbeing in spouses of persons with dementia: the Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health*. 2014; 14:413.