

La Depressione nell'Anziano

Un'appropriata Diagnosi Dimensionale per un adeguato trattamento

La depressione costituisce il disturbo più frequente in età geriatrica; i dati sulla prevalenza variano ampiamente in rapporto alla metodologia e ai criteri diagnostici utilizzati.

I risultati degli studi epidemiologici avvalorano l'impressione clinica che la prevalenza della depressione aumenti con l'avanzare dell'età. Le ricerche che utilizzano i criteri diagnostici del DSM-IV rilevano negli anziani una prevalenza di depressione maggiore del 5% e di disturbo distimico del 2-3; circa il 15% degli anziani manifesta peraltro sintomi depressivi clinicamente significativi, ma non rispondenti ai criteri diagnostici per la depressione maggiore o per la distimia; la prevalenza di depressione aumenta nei casi di comorbidità con malattie organiche.

La mancanza di criteri diagnostici e di metodi di valutazione specifici per l'anziano depresso ha reso problematico il rilievo epidemiologico dei disturbi depressivi in età geriatrica.

Nell'anziano la depressione si presenta con quadri clinici variegati; spesso prevalgono sintomi "mascherati" di depressione, somatici o cognitivi, sintomi ansiosi o disturbi comportamentali; l'associazione con malattie internistiche o neurologiche ne modifica l'espressività sintomatologica; per tali ragioni è stato suggerito l'uso, in questa fascia di età, di specifici metodi di indagine psicometrica.

La maggior parte dei sintomi depressivi riportati dagli anziani in campioni tratti dalla popolazione generale, da soggetti ricoverati in ospedale o istituzionalizzati, non soddisfa i criteri per la diagnosi di depressione maggiore e distimia secondo il DSM-IV; le altre categorie diagnostiche del DSM-IV non descrivono adeguatamente gli anziani depressi.

La prevalenza di depressione maggiore in tarda età è molto più elevata nella popolazione che si rivolge al medico di base o ospedalizzata per patologie somatiche e nelle strutture di lungodegenza.

Fattori di ordine biologico, psicologico e sociale rendono complesso il trattamento della depressione in età geriatrica.

La terapia prevede un approccio integrato a livello farmacologico, psicoterapico e psicosociale.

Le alterazioni del substrato biologico sul quale i farmaci agiscono e le variazioni farmacocinetiche e farmacodinamiche legate all'età modificano la risposta alle terapie antidepressive e accentuano la sensibilità agli effetti collaterali; allo stesso tempo l'approccio psicologico alla depressione geriatrica è limitato dalle resistenze che gli psicoterapeuti spesso manifestano nel trattare un anziano, come lo stesso Freud ebbe più volte a ricordare in alcuni suoi scritti.

La depressione non trattata dell'anziano si associa a grave disabilità e ad un aumento significativo della mortalità. In un lavoro del 1955, prima dell'avvento degli antidepressivi, Roth segnalava, in un follow-up a sei mesi, un tasso di mortalità del 14.8% in un gruppo di 54 depressi ultrasessantenni (Roth 1955). Circa venti anni più tardi, in uno studio con follow-up di tre anni, Avery e Winokur (1976) hanno registrato il 5.1% di mortalità in depressi ultrasessantenni trattati con terapia elettroconvulsiva contro il 21.1% fra depressi della stessa età non trattati. Inoltre il rischio di suicidio è più comune nella popolazione di età superiore a 65 anni in cui costituisce una delle dieci più frequenti cause di morte.

Il trattamento farmacologico appropriato dell'anziano depresso richiede una buona conoscenza delle proprietà farmacocinetiche e farmacodinamiche dei farmaci utilizzati in rapporto alle modificazioni anatomo-funzionali legate all'invecchiamento che possono influenzare l'efficacia e la tollerabilità degli antidepressivi. Alla elevata vulnerabilità dell'anziano agli effetti collaterali contribuisce la riduzione della trasmissione colinergica (maggiore sensibilità agli effetti anticolinergici, centrali e periferici), noradrenergica (minore responsività dei barocettori centrali con significativa vulnerabilità agli effetti ipotensivi) e dopaminergica (vulnerabilità agli effetti extrapiramidali), cui si aggiungono le modificazioni farmacocinetiche legate all'età. Al tempo stesso il ridotto metabolismo epatico, soprattutto ossidativo, nell'anziano determina un aumento della emivita di eliminazione ed un aumento delle concentrazioni plasmatiche degli antidepressivi.

Le alterazioni farmacocinetiche legate ai processi di invecchiamento rendono non lineare la cinetica dei TCA, i cui livelli plasmatici aumentano in modo non direttamente proporzionale all'aumento del dosaggio con il rischio di severi effetti collaterali di tipo anticolinergico, alfa-1adrenolitico e chinidino simile; la sintesi degli antidepressivi di 2° e 3° generazione (SSRI, SNRI, Amisulpride, NaSSA, NARI) ha fatto registrare notevoli progressi nel trattamento della depressione nell'anziano. Il profilo cinetico e l'efficacia clinica dei nuovi antidepressivi ne suggeriscono l'uso nell'anziano depresso come trattamento di prima scelta; è però opportuno considerare il rischio di interazioni farmacologiche legate all'attività sul citocromo P450 valutando di volta in volta sia la interferenza di ciascuna molecola su tali sistemi enzimatici sia i farmaci somministrati contemporaneamente.

Infine, da valorizzare nell'anziano l'intervento psicoterapeutico, che, indipendentemente dalle tecniche-obiettivi-durata scelti, deve mirare ad accompagnare l'anziano nel consolidamento della sua identità di essere in "Vecchiaia" per affrontare serenamente l'accettazione del Sé e la precarietà in una vita biologicamente precaria.