

# DEPRESSIONE E DEMENZA

Dr. Marilena Capriotti

La prevalenza dei disturbi depressivi nella popolazione anziana appare simile a quella negli adulti giovani, ma i sintomi depressivi sono molto più comuni nell'anziano.

Gli anziani che si rivolgono al Medico di Medicina Generale, quelli ricoverati nei reparti ospedalieri e quelli ospiti di strutture residenziali, evidenziano tassi di Depressione clinica più elevati di quelli riportati negli studi effettuati sul territorio.

Recenti indagini epidemiologiche riportano dati di prevalenza che vanno dal 3 al 40% (1, 2), ma una quota maggiore al 10% è largamente evidenziata in persone di età superiore ai 65 anni (3, 4).

Tab. 1:

La Depressione negli Anziani: dati di prevalenza (Mulsant, 1999), (5)

<b>SETTING</b>	<b>PREVALENZA (%)</b>
<b>Territorio</b>	Depressione Maggiore 1-3
	Sintomi Depressivi 15
<b>Medicina Generale</b>	Depressione Maggiore 10-12
	Sintomi Depressivi 20
<b>Reparti ospedalieri</b>	Depressione Maggiore 10-15
	Sintomi Depressivi 20-25
<b>Strutture residenziali</b>	Depressione maggiore 12-16
	Sintomi depressivi 30-40

Deficit cognitivi si possono individuare nel 20% degli anziani depressi, per alcuni addirittura nel 70% dei casi (6).

Il rischio di suicidio e il rischio di malattie cardiache risultano aumentati negli individui depressi sopra ai 65 anni di età.

E' evidenza comune che l'invecchiamento si accompagna ad un deterioramento cognitivo che, in una certa misura, si può considerare fisiologico.

Tale involuzione, progressiva con l'età, è influenzata da numerosi fattori quali lo stato di salute, le istanze culturali, l'utilizzo di servizi sanitari, fattori ambientali, qualità della vita, adeguata rete relazionale del soggetto.

L'aumento di richiesta di aiuto nell'età geriatrica, è in relazione non solo con le modificazioni demografiche, ma anche con le mutate condizioni sociali in cui l'anziano si trova oggi a vivere: nella realtà attuale, la struttura della famiglia si è modificata ed è cambiato il significato attribuito alla condizione senile, il concetto di vecchio "saggio", punto di riferimento per la famiglia, lascia spesso il posto a stereotipi che tendono a svalutare l'anziano, come individuo debole, incapace di autonomia, bisognoso di cure, isolato, inutile, fino a giungere a considerare la vecchiaia in se stessa come malattia.

Quando la capacità di usare e gestire conoscenze e la capacità di risoluzione dei problemi (problem solving) vengono meno, si parla di deterioramento cognitivo.

Tab.2: senescenza o malattia?



Di fronte al declino delle funzioni cognitive in un soggetto anziano, si pone il problema della differenziazione fra un processo di “**normal aging**”, forme dementigene e le forme depressive, comprese le iatrogene

Aspetti comuni sono la ridotta capacità di concentrazione e di risolvere i problemi, l’aumento dei tempi di reazione a stimolo visivi e somatici e soprattutto il deficit della memoria recente. Elemento in favore della natura benigna del declino cognitivo è l’autocoscienza del deficit mnesico, che salvo in rari casi, non è tipico delle demenze.

Invece, la interferenza del deficit di memoria con le funzioni sociali e professionali è di per se elemento fondamentale per la diagnosi di demenza.

I quadri di deficit cognitivo secondario alla presenza di un disturbo depressivo, sono indicati come “**pseudodemenze depressive**”. Queste forme evidenziano un tono dell’umore orientato in senso depressivo, con compromissione della memoria a breve e a lungo termine, con difficoltà di concentrazione e facile distraibilità. I pazienti si lamentano in genere della loro perdita di memoria o di altri deficit cognitivi. I parenti sono in grado di indicare con sufficiente precisione l’inizio del deficit mnesico. Confabulazioni, agnosia, afasia sono invariabilmente assenti, cosipure le alterazioni dell’orientamento.

Nelle Pseudodemenze molti autori includono : la Depressione, le Psicosi (la maniaco-depressiva e la schizofrenia) e le gravi forme di Isteria e Ossessività.

I trattamenti con **antidepressivi** triciclici e **benzodiazepine** sono associati ad una riduzione della performance cognitiva (7) con particolare riguardo alle alterazioni mnesiche .La Depressione iatrogena in dementi, indotta dalla metildopa, levodopa, betabloccanti, comporta numerose difficoltà sia diagnostiche ( è primitivamente una Demenza o una Depressione? L’una e/o l’altra sono di origine iatrogena?) che terapeutiche.

La valutazione clinica da parte del Medico di Medicina Generale del paziente con deterioramento cognitivo, può essere resa difficoltosa da mutacismo del paziente, scarsa accessibilità al colloquio, tendenza a fornire risposte come “non so”.

Un grande vantaggio del Medico di Medicina Generale è dato dalla conoscenza della personalità del paziente nel periodo antecedente la malattia, dell’ambiente familiare e sociale in cui egli vive, dai quali può trarre elementi importanti per l’orientamento diagnostico.

Diverse condizioni cliniche con compromissione iniziale delle funzioni cognitive possono prospettarsi:

Tab.3:

AD senza aspetti Depressivi	AD con sintomi Depressivi	AD con Depressione Maggiore	Pseudodemenza Depressiva
--------------------------------	------------------------------	--------------------------------	-----------------------------

La Depressione e la Demenza costituiscono nell’anziano un continuum di possibili estrinsezioni cliniche (8).

Aumentano i dati della letteratura a favore di una evoluzione di molti casi di pseudodemenza depressiva verso una vera e propria demenza (9, 10), in questo caso si parla di Pseudodepressione.

Nella **AD senza aspetti Depressivi**, la compromissione iniziale riguarda oltre che la memoria, l'orientamento spazio-temporale e/o le funzioni gnosiche, prassiche, il linguaggio, il calcolo, le abilità visuo-spaziali.

Nella **AD con sintomi Depressivi**, alla compromissione sopradescritta, si associano disturbi legati all'umore e alla motivazione, come il rallentamento psico-motorio, l'anergia, la perdita di interesse, la difficoltà di pensiero e di concentrazione.

Nella **AD con Depressione Maggiore**, coesistono la depressione del tono dell'umore con l'anedonia, l'astenia, spesso i disturbi del sonno, il ritardo psico-motorio, spesso l'idea suicidaria, i sentimenti di colpa, il deficit di concentrazione ( i criteri DSM IV per la Depressione Maggiore: almeno 5 dei sintomi sopracitati per almeno 2 settimane, in cui sempre c'è la deflessione timica).

Merita di essere menzionato il Disturbo Bipolare, che in fase maniacale in età avanzata, si esprime in un umore irritabile e disforico piuttosto che elevato, in disorientamento e confusione, insonnia, ipersessualità e comportamento disinibito, fino al delirium. L'incapacità di mantenere l'attenzione provocherebbe l'apparente compromissione mnemonica.

In questi casi, la prognosi della compromissione cognitiva è buona per la sensibile risposta di questi casi, alla terapia con regolatori del tono dell'umore (sali di litio o carbamazepina).

Vista la frequente difficoltà di differenziare la Demenza iniziale dalla pseudodemenza nelle sue svariate espressioni cliniche, è indispensabile che il Medico di Medicina Generale rilevi la presenza di sintomi Depressivi e li tratti in maniera adeguata. Ciò per due validi motivi:

- 1- un trattamento antidepressivo deciso e prolungato (più di 4 mesi) può fornire un importante criterio di diagnosi ex iuvantibus;
- 2- una errata diagnosi di Demenza espone al rischio di confinare il paziente in un ruolo non suo, accentuando la Depressione stessa e favorendo il suicidio.

Tab.4 **DEPRESSIONE: Presentazioni cliniche( Katona& Livingstone,1997)**

SINTOMO	ANZIANI	ADULTI GIOVANI
Umore depresso	+	+++
Anedonia	+++	+++
Assetto cognitivo-depressivo	++	++
Preoccupazioni somatiche	+++	+
Pseudodemenza	++	-
Insonnia	+++	++
Agitazione	+++	+
Pensieri suicidari espressi	+	++
Suicidio	++	+

Tab. 5: DIAGNOSI DIFFERENZIALE, LATENZA ED ESITO

SINDROME	LATENZA	ESITO
<b>Depressione</b>		
Perdita di interesse Riduzione appetito, insonnia,disforia	→ dopo settimane o dopo pochi mesi	→ M.Depressiva manifesta
<b>Demenza</b>		
Declino graduale Della memoria E di altre capacità intellettive	→ nell'arco di 1 o 2 o più anni	→ Richiesta di aiuto princ. per ragioni sociali

**Stato confusionale** → in pochi giorni → Confusione, disorientamento, funzione intellettuale fluttuante  
o in una settimana

Il **percorso diagnostico** di fronte al paziente affetto da sospetto di Pseudodemenza o sospetto di Demenza, da parte del Medico di Medicina Generale, dovrebbe essere:

### **Storia clinica personale e familiare) con l'aiuto di un familiare**

Con il fine di indagare se nella famiglia esistono casi di demenze, Parkinson, m. cerebrovascolari, m.psichiatriche;

- scolarità
- se il paziente è stato affetto da altre patologie( depressione, dislipidemia, diabete, ipertensione anemia, m.tiroide, infezione da HIV, ecc.)
- se fa uso di farmaci o alcool
- se i sintomi di esordio sono gradualmente, a gradini o improvvisi
- se ci sono state modificazioni del comportamento e della personalità
- come il paziente si comporta a casa e nel lavoro



### **valutazione dello stato mentale**

- per controllare l'orientamento e la memoria (MMSE);
- per valutare il tono dell'umore (brevi domande: se il paziente riesce a trovare motivo di godimento nella vita, se si sente stanco e senza energie, se vi sono cose che ancora lo interessano, se ha difficoltà sessuali, se ha pensieri suicidari, se ha momenti di agitazione, se ha disturbi somatici , se ha difficoltà di concentrazione, se sente mai delle voci o se ha sensi di colpa , se ha disturbi del sonno e/o dell'appetito).
- Per valutare la consapevolezza di malattia.



### **Esame generale e neurologico**

- per valutare la presenza di patologie coesistenti (cardiopatie, pat.tiroidee ecc.)
- per valutare la presenza di segni di focalità (emiparesi spastica, segni extrapiramidali come rigidità, tremori, posture patologiche, disturbi della sensibilità, deficit dei nervi cranici come una asimmetria facciale, una alterazione della mimica, una posizione asimmetrica degli occhi, disfagia ecc.)
- per valutare sintomi cognitivi ( prassie, fasie , gnosie, deficit di logica e di giudizio)



### **Valutazione dello stato funzionale**

- IADL ( valuta la capacità di occuparsi o meno di mansioni ed attività comuni: usare il telefono, fare acquisti, preparare il cibo, gestire il denaro, accudire la casa ecc.);
- ADL ( valuta il grado di autonomia del paziente in relazione ad esigenze basilari della vita di ogni giorno: lavarsi, vestirsi, mobilità, continenza ecc.);



### **Esami di laboratorio**

Emocromo completo, Tsh, FT3, FT4, HIV, sierodiagnosi per lue, VES, elettroliti, colesterolo, HDL, trigliceridi, creatinemia, azotemia, uricemia, VES, transaminasi, bilirubina, YGT, dosaggio folati e B12, es. urine, glicemia, calcemia, eventuale emogasanalisi.



Se il quadro clinico depone per Pseudodemenza probabile ⇒ trattamento e rivalutazione ogni 3 mesi



### PERCHE' LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO NON VIENE TRATTATA?

E' ormai certo che gli antidepressivi di provata efficacia nell'adulto giovane, lo sono anche in quello anziano (12).

Spesso però la Depressione nell'età geriatrica non viene trattata per:

- la presenza di quadri atipici, subsindromici;
- per la riluttanza da parte del paziente a parlare dei propri vissuti emotivi;
- perché spesso i medici focalizzano i sintomi somatici più largamente espressi dal paziente (cefalea, dispepsia, algie addominali, tachiaritmia ecc.);
- per pregiudizi "ageisti" che portano a configurare una valenza di normalità di un quadro depressivo se presente in un anziano o per pregiudizio che i farmaci possano essere pericolosi in tarda età.

La **decisione terapeutica** si fonda sui seguenti punti:

- sull'anamnesi familiare e personale in riferimento a precedenti trattamenti antidepressivi, che paiono essere l'unico predittore valido di efficacia;
- sulla possibilità di contare su supervisori attenti (familiari) che verifichino la compliance del paziente;
- sulla valutazione dello stato di salute globale del paziente, vista l'alta incidenza di malattie somatiche nell'anziano;
- sulla presenza di trattamenti farmacologici già in atto;
- sulla previsione di effetti collaterali che devono essere il più possibile evitati;
- sull'esperienza del medico.

### OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO ANTIDEPRESSIVO

- Ridurre la sofferenza dei pazienti e dei caregivers;
- Ridurre l'excess disability causata dalla Depressione;
- Ridurre l'inserimento nelle istituzioni;
- Migliorare la definizione dello stadio di Demenza, riducendo l'impairment cognitivo dovuto alla Depressione.

La disamina qui effettuata evidenzia come esista una estrema variabilità di presentazione dei singoli quadri clinici, nel complesso emerge tuttavia l'estrema difficoltà di individuare parametri strumentali o valutazioni testistiche che possano orientare nella formulazione di una diagnosi circostanziata e capace di orientare in senso terapeutico, rimanendo l'esame clinico scrupoloso, l'unico presidio che può fornire indicazioni diagnostiche realmente utili.

Di conseguenza, rimane fondamentale il ruolo dei Medici di Medicina Generale, così frequentemente consultati dai pazienti anziani, sia nella formulazione diagnostica, che nella scelta dell'indirizzo terapeutico durante la gestione del paziente nel proprio domicilio.

Dr. Marilena Capriotti, Medico di Medicina Generale, spec. In Neurologia, Animatore SIMG, vicepresidente SIMG-Ancona.

## BIBLIOGRAFIA

- 1- Blazer J.T., Williams C.D.: Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population, *Am. J. Psychiat.*, 137, 439-444, 1980.
- 2- Dovenmuehler R.H., Verwoerd A.: Physical illness and depressive symptomatology, Part I (Incidence of depressive symptoms in hospitalized cardiac patients). *J. Am. Geriatr. Soc.*, 10, 932-947, 1962.
- 3- Katona C.L.E.: The epidemiology of Depression in old age. In : *Depression in old age* (ed. by C.L.E. Katona, John Wiley & Sons, Chichester, (UK), 1995.
- 4- Blazer D.: The epidemiology of late life depression, *J. Am. Geriatr. Soc.* 30, 587-592, 1982.
- 5- Mulsant B.H. and Ganguli M.: Epidemiology and diagnosis of depression in late life. *J. Of Clinical Psychiatry*, 60, Suppl. 20, 9-15.
- 6- Reifler B.Y., Larson E.: Coexistence of cognitive impairment and depression in geriatric outpatients. *Am. J. Psychiatry*, 139, 623-626, 1982.
- 7- Boy A.: Benzodiazepine use as a cause of cognitive impairment in elderly hospital inpatients. *Gerontol. Biol. Sci. Med Sci.*, 50, 99-106, 1995.
- 8- Emery V.O.: Update on the dementia spectrum of depression. *Am. J. Psychiatry*, 149, 305- 317, 1992.
- 9- Reynolds B.J.: Two year follow-up of elderly patients with mixed depression and dementia. *Clinical and electroencephalographic sleep findings. J Am Soc* 1986;34:793-819.
- 10- Sahakian B.J. Depressive pseudodementia in the elderly. *Int. J Geriatr Psychiatry* 1991;6:453-458.
- 11- E. & Livingston G. (1997). *Comorbid depression in older people*. Martin Dunitz Ltd, London (UK).
- 12- SIEGFRIED K.: Cognitive symptoms in late-life depression and their treatment, *J. Affect. Dis. Suppl.*, 1, S33-S40, 1985.
- 13- SLOANE R.B.: Psychiatric problems of the aged, *Cont. Educ. Fam. Phys.*, 11, 42-47, 1978.