

# Trattamento degli anziani

Dan G. Blazer, M.D., Ph.D.

David C. Steffens, M.D., M.H.S.

**Gli psichiatri** che lavorano con gli anziani affrontano problemi diagnostici e terapeutici più complessi di quelli riscontrati nei giovani adulti e nei pazienti di mezza età. I pazienti anziani con disturbi psichiatrici non si adattano facilmente alle categorie diagnostiche del DSM-5 (American Psychiatric Association 2013), perché presentano sintomi multipli che interessano sia la sfera somatica sia quella psichica. Ciò è particolarmente vero per i membri più anziani della popolazione (Blazer 2000). Una volta che il medico identifica la patologia psichiatrica, i trattamenti devono essere orientati sia a gestire la disabilità funzionale che deriva dal problema psichiatrico sia a risolvere il disturbo sottostante.

In un'era in cui ci si focalizza su disturbi psichiatrici specifici, gli psichiatri che lavorano con gli anziani possono trarre beneficio da un approccio di tipo sindromico (Halter et al. 2009). In questo capitolo seguiremo questo tipo di approccio identificando le sette sindromi psichiatriche con maggiore prevalenza tra gli anziani – delirium, perdita di memoria, insonnia, ansia, paranoia e agitazione, depressione e abuso di sostanze (Tabella 35.1) – e le descriveremo nell'ottica di trattare il disturbo che ne deriva. Poiché i disturbi psichiatrici che contribuiscono a queste sindromi sono descritti altrove in que-

sto volume, ci concentreremo sugli aspetti peculiari dell'età avanzata e sulla gestione di questi pazienti.

---

## Delirium

---

Lo stato confusionale acuto, o delirium, è una patologia neurocognitiva transitoria caratterizzata da un esordio acuto e da una compromissione generale della funzione cognitiva. La persona anziana con delirium mostra una ridotta capacità di mantenere l'attenzione su stimoli ambientali e ha difficoltà a spostarla da una serie di stimoli a un'altra (Tabella 35.2; si veda anche il Capitolo 24, "Disturbi neurocognitivi" di Weiner). Il pensiero è disorganizzato, il linguaggio incoerente e il livello di coscienza ridotto. Spesso, ma non sempre, disturbi emotivi accompagnano la confusione acuta e possono essere il sintomo di presentazione nell'età avanzata; essi includono ansia, paura, irritabilità e rabbia. Alcune persone anziane, invece, sono apatiche e si isolano durante un episodio di delirium rendendo più difficile la diagnosi. Disturbi del sonno sono tipici. Lo stato confusionale acuto, per definizione, è breve: di solito dura poche ore; può durare qualche settimana, nel caso del-

**TABELLA 35.1 Sindromi geriatriche psichiatriche**

Stato confusionale acuto (delirium)

Perdita di memoria

Insonnia

Ansia

Paranoia e agitazione

Depressione

Uso di sostanze

lo stato confusionale secondario ai farmaci, da differenziare con il raro stato confusionale cronico (Blazer e van Nieuwenhuizen 2012).

### Frequenza e origini

La frequenza del delirium nella popolazione anziana è difficile da stimare perché molti episodi non sono rilevati a causa della loro brevità. Le percentuali di incidenza variano dal 15 al 25% tra i pazienti dei reparti di medicina e chirurgia (Inouye 2006). Quando si diagnostica un delirium in un paziente anziano ospedalizzato, l'ospedalizzazione è di solito prolungata, con incremento dei tassi di mortalità sia durante sia dopo il ricovero. La mortalità a distanza di 2 anni è circa il 50%. Lo stato confusionale acuto è frequente soprattutto nei pazienti con Alzheimer, metà dei quali, quando ricoverati, sviluppa il delirium (Fong et al. 2012).

Lo stato confusionale acuto in tarda età è il risultato di una serie di fattori biologici, cognitivi e ambientali. La funzione cerebrale biologica si riduce con l'età, così come la capacità funzionale. Alterazioni degenerative, quali quelle caratteristiche della malattia di Alzheimer (AD), rendono le persone anziane più suscettibili ad alterazioni fisiologiche secondarie all'invecchiamento e alla patologia stessa, che includono intossicazione da farmaci, alterazioni elettrolitiche, infezioni, disidratazione, ipoalbuminemia e ipossia. Al delirium possono contribuire alterazioni visive e uditive: ad esempio, una persona anziana con una patologia neurocognitiva allo stadio iniziale ma progressiva e un'insufficienza cardiaca congestizia può essere ad alto rischio di sviluppare una confusione acuta; il sistema nervoso vulnerabile non può adattarsi al ridotto trasporto di ossigeno e zuccheri dovuto all'insufficienza cardiaca, secondaria a una riserva

minore, e quindi insorge confusione acuta. Stress biologici esterni comuni che precipitano una confusione acuta negli anziani a rischio sono elencati nella Tabella 35.3.

I fattori cognitivi che contribuiscono al delirium includono una predisposizione alle allucinazioni e ai deliri, tipica dei pazienti anziani con una storia di schizofrenia; i fattori ambientali comprendono l'ambiente non familiare dell'ospedale o di una struttura di lungodegenza e l'isolamento sociale. L'ospedale, dove è possibile la coesistenza di questi fattori, è un ambiente ad alto rischio per delirium. Fattori addizionali che possono contribuire al delirium in ospedale sono la riduzione dei movimenti e il catetere vescicale (Inouye 2006).

### Trattamento

Il trattamento del delirium negli anziani inizia con la prevenzione. Attività che possono aiutare a prevenire il delirium includono le seguenti: 1) mobilitazione precoce per evitare l'immobilità; 2) approcci non farmacologici ai disturbi comportamentali per ridurre l'uso di farmaci psicoattivi; 3) interventi per prevenire la deprivazione di sonno; 4) metodi di comunicazione per orientare il paziente; 5) strumenti di supporto come occhiali o protesi uditive per disturbi della vista e dell'udito; e 6) correzione precoce dell'ipovolemia (Inouye et al. 1999).

**TABELLA 35.2 Caratteristiche dello stato confusionale acuto**

Esordio acuto

Ridotta capacità di mantenere l'attenzione

Difficoltà a spostare l'attenzione

Pensiero ed eloquio disorganizzati

Disturbi percettivi e motori

Disturbi della memoria

Alterazione dei livelli di coscienza

Alterazioni del ritmo sonno-veglia

Ansia, paura, irritabilità e rabbia

Aspetto apatico e ritirato

Decorso fluttuante, di solito di breve durata

**TABELLA 35.3 Fattori stressanti esterni comuni che precipitano lo stato confusionale acuto in anziani a rischio**

Intossicazione

Farmaci (anticolinergici, sedativo-ipnotici, ansiolitici, ipertensivi, alcol)

Sintomi da astinenza

Farmaci (sedativi, ipnotici, ansiolitici)

Alcol

Patologie metaboliche

Ipossia

Ipoglicemia

Insufficienza di organi vitali, quali fegato e rene

Patologie nutrizionali

Deficit di vitamine

(tiamina, vitamina B<sub>12</sub>, folati)

Alterazioni idro-elettrolitiche

Disidratazione

Alcalosi o acidosi

Ipernatremia o iponatriemia

Malattie endocrine

Ipertiroidismo o ipotiroidismo

Malattia di Addison o sindrome di Cushing

Ipopituitarismo

Malattie cardiovascolari

Scompenso cardiaco congestizio

Aritmie

Infarto miocardico

Infezioni

Polmonite

Influenza

AIDS

Trauma fisico

Ipertermia o ipotermia

tamente monitorati i segni vitali e il livello di coscienza (Inouye et al. 1999). Tutti i farmaci che non sono specifici devono essere sospesi. Agenti vasopressori possono servire a incrementare la pressione ematica, mentre l'ipertermia può essere trattata con spugnature di alcol. Dopo aver individuato la causa determinante il delirium attraverso anamnesi, esame obiettivo e test di laboratorio, il medico può iniziare la terapia. I test di laboratorio vanno richiesti quando indicati: tra questi ci possono essere la funzionalità tiroidea, la valutazione dei livelli di farmaci, lo screening tossicologico, la misurazione dei livelli di ammonio e cortisolo, l'elettrocardiogramma e gli esami di imaging neurologico (Inouye 2006).

Il delirium si può presentare come un'emergenza psichiatrica con rischio di danno neurologico permanente. L'ipoglicemia grave, l'ipossia e l'ipertermia sono alcuni esempi di condizioni critiche che si possono manifestare con confusione acuta. Il trattamento iniziale dovrebbe includere la pervietà delle vie aeree per assicurarsi che il paziente respiri. Il livello di attenzione deve essere monitorato usando test psicologici di breve durata al letto del paziente (per es., serial 7s e digit span).

Inoltre, il medico deve prestare particolare attenzione nel limitare gli stimoli ambientali potenzialmente stressanti che possono incidere negativamente sullo stato confusionale del paziente. Infatti, la persona anziana con il delirium necessita di stare in una stanza tranquilla, arredata con semplicità e ben illuminata anche durante le ore notturne. Il percorso terapeutico può essere agevolato dalla presenza continua di un familiare, che dovrebbe orientare frequentemente il paziente riguardo a tempo, spazio e persone. È compito del medico, degli infermieri e altro personale ospedaliero educare i familiari a questa funzione. Oltre a ciò, è opportuno limitare l'immobilità fisica. L'agitazione comportamentale generalmente può essere gestita con l'uso appropriato di farmaci antipsicotici, come aloperidolo (per via intramuscolare o orale), olanzapina o risperidone, a basse dosi.

## Perdita di memoria

La perdita di memoria è una preoccupazione frequente degli anziani e delle loro famiglie. La sindrome da perdita di memoria include un ampio

La terapia per un individuo anziano confuso, da somministrare insieme alla terapia specifica per la causa sottostante la confusione acuta, inizia con il supporto medico. Devono essere stret-

range di gravità, da semplici lamentele soggettive con scarse conseguenze a forme di compromissione neurocognitiva lieve, che possono rappresentare forme precliniche di Alzheimer, fino a sindromi più gravi clinicamente diagnosticabili come demenza (Capitolo 24, “Disturbi neurocognitivi” di Weiner). I pazienti con una perdita di memoria valutata mediante test appropriati possono avere alterazioni a carico di altri domini cognitivi, specie se la perdita di memoria è moderata o grave (Tabella 35.4). Le capacità cognitive che peggiorano con la memoria sono il linguaggio (per es., afasia), l'orientamento spazio-temporale, la capacità di giudizio, la funzione esecutiva e il pensiero astratto. Lo stato di coscienza di solito non è alterato, tranne in forme estremamente avanzate di perdita di memoria, a differenza di quanto avviene nel delirium. Tuttavia, individui con demenza vascolare possono presentare un decorso fluttuante dello squilibrio cognitivo.

Il DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) ha introdotto un nuovo sistema di classificazione dei disturbi neurocognitivi (NCD) che si focalizza sulla distinzione tra forme lievi e maggiori (demenza). Escluso il delirium, occorre distinguere tra funzione neurocognitiva normale, NCD lieve e NCD maggiore. Successivamente deve essere individuata la specifica categoria diagnostica, come ad esempio NCD dovuto a malattia di Alzheimer, NCD su base vascolare o

NCD frontotemporale. Sebbene la disfunzione cognitiva negli anziani sia di solito equiparata nella convinzione dei medici non psichiatri a problemi di apprendimento e memoria, tra i domini neurocognitivi che possono essere alterati da un NCD il DSM-5 include anche l'attenzione complessa, la funzione esecutiva, il linguaggio, i problemi di percezione motoria e la coscienza sociale. L'inclusione del NCD lieve nel DSM-5 si giustifica su basi cliniche: individui con NCD lieve possono presentare problemi neurocognitivi che non soddisfano i criteri diagnostici di un NCD maggiore, ma che disturbano in maniera evidente il paziente o i familiari. Sebbene tali sintomi e i risultati dei test cognitivi possano non essere gravi abbastanza da porre diagnosi di NCD maggiore o demenza, questi individui possono comunque avere difficoltà nelle attività quotidiane ed esserne consapevoli. Il NCD lieve è attualmente una patologia di grande interesse per la ricerca biomedica, compresi gli studi sui biomarcatori e gli studi clinici sul trattamento e sugli interventi di prevenzione della demenza; mentre vengono sviluppati questi approcci diagnostici e terapeutici, è necessario che la classificazione diagnostica sia sempre aggiornata (Blazer 2013).

### Frequenza e origini

Lamentele cognitive soggettive sono comuni: in uno studio è stato dimostrato che oltre il 95% degli adulti tra i 70 e i 90 anni riferiva almeno un

---

**TABELLA 35.4 Altri disturbi cognitivi che possono essere presenti in un anziano con perdita di memoria**

---

Disturbi del linguaggio (visti nelle fasi tardive – non riuscire a completare una frase)

Aprassia (cioè difficoltà a portare avanti attività motorie nonostante una funzione motoria intatta)

Incapacità di riconoscere gli oggetti (nonostante una funzione sensitiva intatta)

Disorientamento spazio-temporale

Difficoltà nel calcolo (incapacità di completare il test serial 7s)

Disturbi nella funzione esecutiva (per es., pianificare un viaggio in tre posti diversi, eseguire una ricetta difficile per cucinare)

Alterazioni percettive (cioè, allucinazioni e deliri; soprattutto allucinazioni visive nella demenza a corpi di Lewy)

---

problema cognitivo (oppure lo riferivano i familiari) (Slavin et al. 2010). Gli autori dello studio provano che perdite soggettive della memoria erano associate a depressione, ansia e a una personalità nevrotica.

Una perdita di memoria disabilitante può avere un esordio precoce nell'anziano, ma è molto più frequente in persone di oltre 75 anni rispetto a quelle tra i 65 e i 74 anni. Stime di prevalenza della perdita di memoria nella popolazione generale sono generalmente del 5-15%, con la maggior parte degli autori che ha riscontrato un'alterazione mnemonica in almeno il 10% delle persone oltre i 65 anni e nel 30-50% di anziani assistiti in reparti di lungodegenza (Evans et al. 1989). La sindrome del disturbo neurocognitivo lieve (nel DSM-5), ritenuta un momento di passaggio tra normale funzione cognitiva e NCD maggiore (demenza), specie associata con l'Alzheimer, è stata approfonditamente studiata negli anni precedenti. L'incidenza del disturbo neurocognitivo lieve varia dall'1 al 6% per anno con percentuali di prevalenza tra il 3 e il 22% per anno (Ganguli et al. 2004; Hänninen et al. 2002).

La malattia di Alzheimer, la patologia più comune che contribuisce alla perdita di memoria, ha una prevalenza del 6-8% negli anziani sopra i 65 anni e di oltre il 30% nei soggetti con più di 85 anni. Tali percentuali includono casi sia lievi sia gravi.

Potenziali cause di perdita di memoria sono elencate nella Tabella 35.5. Sebbene la presentazione clinica non sempre fornisca indicazioni per un'etiologia, ci sono alcune caratteristiche distintive, come l'aumento di allucinazioni visive nella demenza a corpi di Lewy e l'improvviso calo della memoria nella demenza vascolare. Anche le persone con Alzheimer possono presentare un declino significativo in un dato intervallo di tempo per entrare poi in un plateau di funzionamento per un successivo arco temporale che può durare anche molti mesi. Alcune patologie neurocognitive, tuttavia, non portano a un declino inevitabile. Ad esempio, le patologie neurocognitive legate all'alcol possono essere reversibili se il paziente smette di bere e riprende una dieta equilibrata.

Più del 50% delle persone con perdita cronica di memoria all'autopsia mostrerà solo i cambiamenti tipici dell'Alzheimer, cioè ammassi neurofibrillari, depositi di  $\beta$ -amiloide e atrofia cerebrale. La seconda causa più comune è la patologia va-

---

**TABELLA 35.5 Diagnosi differenziale della perdita di memoria**

---

Patologia neurocognitiva lieve o grave associata con:

- Malattia di Alzheimer
- Demenza vascolare
- Demenza a corpi di Lewy
- Malattia di Parkinson
- Demenza frontotemporale
- Lesione cerebrale traumatica
- HIV
- Abuso di sostanze e farmaci
- Malattia di Huntington e malattie da prioni
- Confusione acuta

---

scolare, caratterizzata da piccoli infarti cerebrali multipli. Clinicamente e fisiopatologicamente è difficile separare queste patologie. Una patologia neurocognitiva su base vascolare è frequentemente una comorbilità dell'Alzheimer. A differenza di quest'ultimo, tuttavia, è più comune nei maschi rispetto alle femmine. Molti pazienti con malattia di Parkinson sviluppano alterazioni cerebrali simili a quelle dell'Alzheimer nelle fasi tardive del decorso della malattia. Clinicamente, a parte i sintomi parkinsoniani, questi pazienti non si distinguono da quelli con Alzheimer; inoltre, molti pazienti con Alzheimer mostrano alterazioni autoptiche della substantia nigra. Circa il 5% degli anziani mostra perdita di memoria per abuso cronico di alcol. Una variante dell'Alzheimer è la demenza a corpi di Lewy, caratterizzata da inclusioni citoplasmatiche contenenti sinaptofisina al di fuori della substantia nigra. Oltre alla perdita di memoria, questa malattia è caratterizzata da una fluttuazione della funzione cognitiva.

I principali fattori di rischio per l'Alzheimer sono l'età e la familiarità. Altri fattori chiamati in causa sono la sindrome di Down, i traumi cranici e, probabilmente, la scarsa istruzione e il basso livello culturale (l'uso di statine e/o di antinfiammatori non steroidei può essere protettivo nei confronti dello sviluppo della malattia [Breitner e Zandi 2001]). I fattori di rischio genetici hanno

ricevuto ampia attenzione negli ultimi anni, soprattutto l'associazione della malattia con l'allele  $\epsilon 4$  del gene dell'apolipoproteina E (*APOE*; Roses 1994). Persone con almeno una copia dell'allele *APOE*  $\epsilon 4$  hanno un rischio aumentato di AD. Una via fisiopatologica proposta per il ruolo dell'allele  $\epsilon 4$  nella malattia è che esso aumenti la deposizione di  $\beta$ -amiloide, che a sua volta danneggia gli oligodendrociti, cioè le cellule che producono la mielina. Forme molto meno comuni di Alzheimer sono state collegate ai cromosomi 14 e 1 (geni della presenilina 1 e 2). La maggior parte dei casi di Alzheimer, tuttavia, non può essere attribuita a un singolo fattore eziologico.

Sesso maschile, ipertensione e, forse, la razza nera sono fattori di rischio per la demenza vascolare. L'uso regolare di alcol per molti anni è la principale causa associata ai disordini amnesici.

### Iter diagnostico

L'iter diagnostico di un anziano con perdita di memoria (Tabella 35.6) inizia con l'anamnesi, la parte più importante della valutazione, che deve essere raccolta sia dai familiari sia dal paziente stesso. La natura e la gravità della perdita di memoria vanno valutate insieme al racconto cronologico dell'insorgenza dei problemi dell'anziano e degli specifici cambiamenti comportamentali. Al paziente e ai familiari vanno poste domande su problemi comuni che derivano dalla perdita di memoria, come perdersi in un posto familiare, avere diffi-

coltà a guidare, diventare ripetitivi, smarrire gli oggetti. Un'anamnesi medica deve includere domande riguardo a patologie sistemiche rilevanti, traumi, interventi chirurgici, problemi psichiatrici, dieta, uso di alcol e farmaci. (Una documentazione dettagliata di farmaci prescritti è essenziale). La storia familiare deve prevedere domande riguardo a parenti con perdita di memoria, sindrome di Down, problemi con l'alcol e patologie psichiatriche. L'esame fisico deve comprendere non solo una dettagliata valutazione neurologica, ma anche un esame obiettivo generale per valutare lo stato di salute del paziente.

La natura e il grado della disfunzione neurocognitiva vanno valutati sia attraverso un esame approfondito dello stato mentale sia con test oggettivi. Esami dello stato mentale standardizzati, come il Mini-Mental State Examination (Folstein et al. 1975) e il Montreal Cognitive Assessment (Nasreddine et al. 2005), sono disponibili e sono utili misurazioni quantitative per documentare la perdita mnemonica a una valutazione iniziale.

La valutazione iniziale in ambulatorio o in ospedale della funzione mnemonica e neurocognitiva è seguita da un esame più approfondito delle capacità cognitive con test di funzioni specifiche, come quella esecutiva (Trail Making Test; Lezak et al. 2004), il linguaggio (Boston Naming Test; Kaplan et al. 1983), la memoria (Wechsler Memory Scale; Wechsler 1987) e l'abilità spaziale (test di prassi costruttiva). I risultati dei test ini-

---

**TABELLA 35.6** Iter diagnostico della perdita di memoria

---

Anamnesi dettagliata raccolta dal paziente e da un familiare

Esame dello stato mentale, come il Mini-Mental State Examination (Folstein et al. 1975)  
o il Montreal Cognitive Assessment (Nasreddine et al. 2005)

Esame fisico, incluso un dettagliato esame neurologico

Informazioni su tutti i farmaci e la frequenza di utilizzo

Esami neuropsicologici più complessi

Esami di laboratorio di routine: emocromo completo, elettroliti, funzionalità epatica e tiroidea,  
vitamina B<sub>12</sub> e folati

Risonanza magnetica o tomografia computerizzata

Test genetici di routine non sono raccomandati

---

ziali e di quelli più approfonditi rappresentano il valore baseline da cui determinare il declino funzionale e/o la risposta all'intervento terapeutico (Welsh-Bohmer e Attix 2012).

Gli esami di laboratorio di routine sono essenziali, con attenzione particolare ai fattori che possono contribuire alla perdita di memoria, come l'ipotiroidismo, l'anemia e (in casi più rari) le carenze vitaminiche, come il deficit di vitamina B12. Una risonanza magnetica (RM) o una tomografia computerizzata (TC) vanno eseguite di routine nella valutazione iniziale della perdita di memoria. Un campo di ricerca molto interessante esplora l'associazione della perdita di memoria e l'imaging funzionale (per es., tomografia a emissione di positroni), ma l'utilità di queste scansioni funzionali si limita ad evidenziare quadri clinici assimilabili a una patologia neurocognitiva di tipo frontotemporale. Eseguire il genotipo di un paziente con Alzheimer o di un familiare non è attualmente giustificabile, nonostante l'emergente letteratura a sostegno di una predisposizione ereditaria associata a certi genotipi come APOE 4/4 (Roses 1997).

## Trattamento

La maggior parte delle terapie farmacologiche deriva dalla teoria colinergica della memoria e include principalmente inibitori della colinesterasi, donepezil, rivastigmina, tacrina e galantamina, disponibili ambulatorialmente (la tacrina è raramente usata per i suoi effetti collaterali, soprattutto la disfunzione epatica.) Questi farmaci hanno dimostrato una moderata efficacia nel ridurre il declino della memoria fino a 6 mesi dalla somministrazione, ma ci si interroga sulla loro capacità a lungo termine di ritardare tale perdita. Sono in fase di pubblicazione studi che suggeriscono che la funzione cognitiva dei soggetti che utilizzano questi farmaci sia simile a quella dei controlli dopo 1-2 anni. La memantina, un antagonista del recettore N-metil-D-aspartato (NMDA), è stata approvata nella terapia dell'Alzheimer moderato-grave (in base alla teoria secondo la quale la sovrastimolazione glutammatergica può causare modificazioni neuronali eccitotossiche). Altre strategie usate frequentemente con minore evidenza oggettiva di efficacia includono l'uso a basso dosaggio degli antinfiammatori non steroidei, la terapia di sostituzione estrogenica e gli antiossidanti come la vitamina E. Pazienti in

età avanzata con perdita di memoria andrebbero indirizzati a centri specializzati (cliniche per i disturbi della memoria) dove possono essere valutati e, se rientrano nei criteri di inclusione, arruolati in studi clinici dove possono ricevere farmaci sperimentali, come gli estrogeni.

Trattamenti per la perdita di memoria includono anche la dieta, l'esercizio, la stimolazione cognitiva e un attento monitoraggio della pressione arteriosa, del colesterolo, della glicemia e di altre condizioni associate a un incrementato rischio di ictus.

Farmaci psicotropi sono ampiamente usati in pazienti con perdita di memoria, principalmente per i sintomi neuropsichiatrici come l'aggressività verbale o fisica, l'ansia, la depressione, la psicosi, l'agitazione grave o il comportamento regressivo (si veda oltre il paragrafo "Paranoia e agitazione") (Katz et al. 1999). Altri comportamenti, tuttavia, quali vagabondaggio, verbalizzazione inappropriata, attività ripetitive (toccare), ostinazione a seguire suggerimenti e comandi, accumulo di materiale, furti e incontinenza fecale e/o urinaria non sono gestibili con i farmaci. È necessario per il medico che vuole trattare il paziente con perdita di memoria individuare quali sintomi possono rispondere al farmaco, specie se le alterazioni del comportamento non sono gestibili tramite metodiche non farmacologiche.

Una volta stabilito che il comportamento problematico non è gestibile tramite metodiche non farmacologiche e che sta progredendo, un farmaco può essere prescritto con cautela. La decisione sul trattamento farmacologico è diventata particolarmente difficile negli ultimi anni, con i dati scientifici che collegano antipsicotici atipici a incremento del rischio di morte cardiovascolare e con la comparsa del "warning" della FDA nel 2005. Più di recente, la FDA ha sottolineato che l'uso del citalopram, antidepressivo frequentemente prescritto agli anziani, alla dose giornaliera superiore a 40 mg potrebbe determinare aritmie, tra cui anche torsades de pointes (U.S. Food and Drug Administration 2012). Le raccomandazioni FDA sottolineano che ai pazienti non andrebbero prescritti più di 40 mg di citalopram al giorno, e per pazienti di età superiore ai 60 anni la dose massima giornaliera deve essere di 20 mg.

Agitazione e ansia possono essere trattate con ansiolitici (per es., benzodiazepine a breve durata d'azione), antiepilettici (per es., carbamazepi-

na),  $\beta$ -bloccanti, litio e, occasionalmente, basse dosi di antidepressivi (per es., trazodone) alla sera. Il clonazepam può aiutare i pazienti agitati con demenza vascolare.

Nonostante gli avvertimenti FDA, molti medici riconoscono che gli antipsicotici sono agenti psicotropi efficaci per l'agitazione grave, l'aggressività e le psicosi. Se per la gestione dell'agitazione grave vengono presi in considerazione antipsicotici atipici, bisogna informare i familiari dell'avviso FDA, dei rischi e dei benefici del trattamento rispetto al mancato trattamento; sono inoltre necessari un'attenta documentazione di precedenti tentativi terapeutici e l'assenso della famiglia. La maggior parte dei neurolettici è efficace ma produce effetti collaterali, per tale ragione la scelta del farmaco è guidata di solito dal profilo di tossicità meno grave per il singolo paziente. Gli agenti antipsicotici atipici, quali olanzapina, quetiapina e risperidone, sono i farmaci attualmente di elezione soprattutto per il loro buon profilo di tossicità. Gli effetti collaterali più gravi che derivano dagli antipsicotici sono l'ipotensione posturale (con rischio di caduta) e la discinesia tardiva, entrambi meno frequenti con gli antipsicotici atipici.

Poiché la depressione (anche quella maggiore) è frequente tra i pazienti con perdita cronica della memoria, l'uso di un antidepressivo è spesso indicato (Reifler et al. 1989). In generale, l'antidepressivo non porterà a un miglioramento della memoria. L'ipotensione posturale e gli effetti collaterali anticolinergici sono le principali preoccupazioni nei pazienti che assumono antidepressivi. Per questa ragione gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) con i minori effetti collaterali (per es., sertralina, escitalopram) sono preferiti (Lyketsos et al. 2003).

Qualsiasi farmaco sia prescritto a un anziano con perdita di memoria, dovrebbe essere titolato lentamente su base periodica per determinare se il farmaco è ancora necessario. Se non è richiesto, allora un farmaco non necessario e potenzialmente pericoloso può essere eliminato dal regime terapeutico. Un'attenta documentazione dei sintomi bersaglio del farmaco e il monitoraggio dell'efficacia nel controllarli aiutano il medico e il personale infermieristico a identificare i farmaci che possono essere interrotti.

La gestione comportamentale del paziente con perdita di memoria non solo è utile al paziente, ma fornisce anche ai familiari un coinvolgimento

in presenza di una malattia che tende a lasciare la famiglia in uno stato di abbandono e disorientamento. La famiglia e il medico devono promuovere comportamenti routinari e la costante ripetizione di istruzioni per garantire la sicurezza del paziente e della famiglia, la quale, per quanto possibile, deve creare momenti di svago al paziente, anche se vengono rapidamente dimenticati. Le famiglie possono rallentare la perdita delle abilità del paziente assegnandogli dei compiti, come vestirsi al mattino. I familiari non devono esitare a "fare questo" per il paziente, perché i pazienti con perdita di memoria sono in verità molto più dipendenti rispetto alle altre persone anziane. Le famiglie devono anche compensare la perdita di controllo degli impulsi che accompagna la perdita di memoria; un modo è la distrazione: il paziente che si sta per spogliare o masturbare in pubblico può essere distratto coinvolgendolo in una conversazione o chiedendogli di fare una passeggiata insieme. I pazienti con perdita di memoria possono di solito collaborare a compiti domestici, anche quando il disturbo è moderatamente grave. Sebbene l'anziano con perdita di memoria non possa preparare il pranzo da solo, può collaborare con il coniuge o con un altro membro della famiglia in compiti di routine.

La gestione della perdita di memoria deve includere una valutazione dell'ambiente che circonda il paziente ai fini della sua sicurezza. Tipici problemi di sicurezza sono: perdersi o vagabondare in mezzo al traffico intenso, assumere farmaci per errore o accidentalmente, cadere (per scarsa illuminazione o superfici scivolose), avere incidenti alla guida, lasciare gli oggetti incustoditi (per es., strumenti accesi). Visite domiciliari da parte di specialisti nell'assistenza geriatrica sono le forme più valide di valutazione dell'ambiente casalingo per identificare potenziali problemi.

Forse la componente a lungo termine più importante per gestire il paziente con perdita di memoria è il supporto familiare: le famiglie sono la principale forma di assistenza fino a che la perdita di memoria non diventa così grave da richiedere l'ospedalizzazione. Con un supporto adeguato, la persona anziana può restare a casa per un periodo di tempo più lungo e la famiglia può funzionare più efficacemente pur in presenza di una grave perdita di memoria del proprio congiunto. L'educazione della famiglia circa la prognosi attesa, così come sui comportamenti



che accompagnano tale perdita ma che possono non essere intuitivamente riconosciuti come correlati alla malattia, è un elemento chiave del supporto familiare. Sono disponibili validi materiali educazionali e gruppi di supporto sono presenti in tutto il mondo per assistere le famiglie del paziente con perdita di memoria. Inoltre, le famiglie devono essere monitorate per il livello di stress. Se il medico non è sensibile a questo potenziale problema, i membri della famiglia possono cadere in burnout che può portare a trascurare e/o abusare l'anziano. Una tregua per chi assiste, educazione e terapia sono essenziali nel mantenere operativo il sistema di cura.

---

## Insonnia

---

L'insonnia è più frequente nella popolazione anziana rispetto a ogni altra fascia di età: il 28% degli adulti con più di 65 anni riferisce insonnia e il 48% difficoltà ad addormentarsi e a dormire senza risvegli notturni, nonché l'uso di farmaci sedativo-ipnotici (Foley et al. 1995). Sia la mancanza di sonno sia l'uso frequente di farmaci che ne conseguono portano spesso a un peggioramento

del funzionamento durante la veglia. Le cause più comuni di disturbi del sonno negli anziani sono elencate nella Tabella 35.7.

Alterazioni del sonno caratteristiche dell'età avanzata includono la riduzione del tempo totale di sonno, i risvegli frequenti, l'aumento percentuale delle fasi 1 e 2 del sonno, la diminuzione percentuale delle fasi 3 e 4, la riduzione della latenza REM, la riduzione assoluta della quantità di sonno REM e una tendenza a ridistribuire il sonno nelle 24 ore (per es., con riposo durante il giorno). Molte di questi cambiamenti del sonno sono simili a quelli che si verificano in casi di depressione e demenza, sebbene non così gravi. Le persone anziane hanno maggiore probabilità di avanzare di fase nel ritmo sonno-veglia, con una tendenza a svegliarsi presto (Capitolo 19, "Disturbi circadiani del ritmo sonno-veglia" di Reite e Weissberg).

### Frequenza

Circa il 5% di tutti gli anziani che inizialmente non riferiscono problemi con il sonno li riportano ogni anno (Ancoli-Israel 2000). La percentuale di anziani che vivono in casa di riposo e che hanno problemi del sonno e assumono farmaci sedativo-ipnotici è maggiore rispetto agli anziani che vivono nella

---

**TABELLA 35.7** Alterazioni del sonno che portano a insonnia negli anziani

---

Insonnia

Apnea ostruttiva del sonno

Ipopnea

Apnea centrale

Sindrome delle gambe senza riposo

Disturbi del ritmo circadiano sonno-veglia

Cause secondarie di insonnia

Problemi del sonno secondari all'uso di farmaci

Disturbi d'ansia

Disturbi dell'umore

Patologie neurocognitive

Patologie fisiche (per es., scompenso cardiaco congestizio, malattia polmonare cronica ostruttiva, nicturia)

---

propria abitazione. Un'apnea ostruttiva durante il sonno prevale negli uomini anziani rispetto alle donne, con l'indice di apnea (cioè il numero di episodi di apnea per ora di sonno) uguale o superiore a 5 nel 25-35% degli anziani. La prevalenza di movimenti periodici delle gambe durante il sonno (sperimentata più comunemente con calci e piedi freddi insieme a insonnia) probabilmente varia dal 30 al 50% tra le persone anziane; per confermare la diagnosi è generalmente richiesta la polisonnografia. La sindrome delle gambe senza riposo si verifica in circa il 28% degli anziani, ma ai fini della diagnosi non richiede la polisonnografia. Disordini del ritmo circadiano sonno-veglia sono spesso riferiti dagli anziani, specie nelle case di riposo.

### Iter diagnostico

L'iter diagnostico di un anziano con insonnia (Tabella 35.8) inizia con la valutazione della gravità dei problemi del sonno. Domande di screening durante il colloquio dovranno valutare il grado di soddisfazione che il paziente ha del proprio riposo, se vi è presenza di sonnellini diurni o di fatica durante le attività quotidiane e le eventuali lamentele del coniuge o del partner a letto o di altri osservatori riguardo a comportamenti non comuni durante il sonno (per es., russamento, pause nel respiro, movimenti mioclonici periodici). È necessario raccogliere un'anamnesi medica e psichiatrica dettagliata per identificare o escludere patologie gravi che possano contribuire ai problemi del sonno.

Un'anamnesi farmacologica è essenziale per determinare l'eziologia dell'insonnia. I farmaci prescritti, soprattutto sedativo-ipnotici e ansiolitici, ma anche l'uso di alcol, agiscono significati-

vamente sul sonno e possono alterare la funzione cardiopolmonare. I sintomi delle maggiori patologie psichiatriche che colpiscono gli anziani, quali demenza, depressione o ansia grave, possono portare a insonnia. Se si sospetta un'alterazione del ritmo sonno-veglia, i pazienti devono tenere un diario dove registrare i sonnellini, l'ora in cui si coricano e i risvegli. L'esame obiettivo fisico e neurologico è necessario, specie se si sospetta un'apnea nel sonno. Un russamento pesante richiede una valutazione approfondita di naso e gola, di solito da parte di un otorinolaringoiatra.

L'invio del paziente a uno psichiatra o a un neurologo per i disturbi del sonno è consigliato quando tali disturbi persistono; dopo un'attenta valutazione anamnestica, un esame obiettivo e la sospensione dei farmaci assunti, viene eseguita una polisonnografia. Le tecniche polisonnografiche sono migliorate; ai pazienti ora può essere consegnato un registratore portatile da portare a casa per registrare due notti di sonno. La polisonnografia, seguita da un test di latenza multipla del sonno, può essere usata per quantificare la sonnolenza diurna o documentare un'apnea notturna.

### Trattamento

I punti chiave per un trattamento efficace dell'insonnia in età avanzata sono la gestione delle cause sottostanti e il miglioramento dell'igiene del sonno. Ad esempio, una percentuale significativa di anziani con insonnia cronica soffre anche di disturbi psichiatrici, soprattutto depressione e problemi di alcolismo, entrambi responsivi a una terapia. Problemi fisici quali ipotiroidismo o artrite, essendo malattie croniche, non sono reversibili, ma i sintomi possono essere curati con farmaci o altri interventi terapeutici. Le mioclonie notturne o la sindrome delle gambe senza riposo possono rispondere a farmaci come gli agonisti dopaminergici (per es., pergolide), gli antiepilettici (per es., carbamazepina), le benzodiazepine (per es., clonazepam) o gli oppioidi nei casi gravi e resistenti agli altri trattamenti. L'apnea ostruttiva notturna che non risponda a trattamenti conservativi (per es., l'uso di una pressione positiva continua sulle vie aeree) può richiedere la chirurgia per migliorare il flusso di aria nella regione del rinofaringe.

L'instaurarsi di una corretta igiene del sonno è il passo successivo per gestire l'insonnia tra i pazienti anziani (Tabella 35.9). Innanzitutto, il pa-

**TABELLA 35.8 Iter diagnostico dell'insonnia nell'anziano**

Domande di screening
Anamnesi medica
Anamnesi psichiatrica
Raccolta di informazioni su tutti i farmaci e la frequenza di utilizzo
Polisonnografia
Precedenti terapie per l'insonnia

**TABELLA 35.9 Igiene del sonno negli anziani**


---

Coricarsi alla stessa ora tutte le notti
Usare il letto per dormire la notte, non per i sonnellini diurni
Esercizio, ma non nel tardo pomeriggio
Evitare alcol e caffeina durante la sera
Mangiare un pasto serale moderato almeno 2-3 ore prima di dormire
Limitare l'assunzione di liquidi nelle 2-3 ore prima di coricarsi
Mantenere la temperatura della stanza tra 18 e 22 °C
Usare "rumore bianco" per mascherare i rumori che disturbano il sonno
Se non si riesce a dormire, alzarsi dal letto e impegnarsi in attività non stimolanti, come leggere o ascoltare musica

---

ziente deve essere incoraggiato a coricarsi ogni notte alla stessa ora, preferibilmente tardi piuttosto che presto (per prevenire risvegli mattutini precoci). La camera da letto va utilizzata principalmente per dormire e non per i sonnellini. Perciò, se i pazienti anziani hanno difficoltà a dormire la notte, il letto dovrebbe essere riordinato al mattino e il paziente incoraggiato a non riposarsi a letto e a passare il minor tempo possibile nella camera durante il giorno. L'esercizio può facilitare il sonno, ma non andrebbe iniziato nel tardo pomeriggio. Alcol e caffeina vanno evitati alla sera e la cena deve essere moderata e consumata almeno 2-3 ore prima di coricarsi. Anche l'assunzione di liquidi deve essere limitato nelle 2-3 ore precedenti il sonno (per prevenire la nicturia).

Le camere da letto vanno in genere mantenute a temperature tra 18 e 22 °C. Per mantenere la camera fresca, molte persone anziane che non si possono permettere l'aria condizionata sono costrette a lasciare aperte le finestre, con possibile esposizione a rumori che disturbano il sonno. Per ridurre il potenziale disturbo dei rumori è indicato fornire un suono di sottofondo bianco (per es., una cascata o il rumore di pioggia) attraverso speciali dispositivi oppure azionando una ventola durante la notte. Se l'anziano continua a non dormire, deve essere incoraggiato ad alzarsi, cambiare stanza e impegnarsi in alcune attività non stimolanti (per es., leggere, ascoltare musi-

ca). Una volta che abbia di nuovo sonno, il paziente può tornare in camera da letto e provare a dormire di nuovo. Se l'individuo ha passato una notte difficile, deve essere fatto ogni sforzo per evitare i sonnellini diurni.

Per facilitare il sonno negli anziani possono essere usati vari farmaci (Tabella 35.10), sebbene con cautela. Se l'anziano assume farmaci che rendono difficile il sonno (per es., agenti sedativo-ipnotici a lungo termine), l'approccio farmacologico è la sospensione del farmaco (di solito almeno 10 giorni per un sedativo-ipnotico). Se i problemi del sonno sono secondari a un problema medico, allora la gestione ottimale del problema medico con i

**TABELLA 35.10 Farmaci e dosi raccomandate per trattare l'insonnia dell'anziano**


---

Farmaco	Dose
Trazodone	25-50 mg 4 volte/die
Doxepina	25 mg 4 volte/die
Zaleplone	5 mg 4 volte/die
Zolpidem	5 mg 4 volte/die
Temazepam	15 mg 4 volte/die
Eszopiclone	1-2 mg 4 volte/die

---

farmaci può favorire anche il sonno del paziente: ad esempio, un trattamento adeguato dell'artrite con gli analgesici può migliorare il sonno.

Gli antidepressivi non solo sono utili nel gestire l'anziano con insonnia secondaria a depressione, ma possono essere anche usati come sedativi, soprattutto se prescritti a basse dosi. Ad esempio, se è indicato l'uso cronico di un sedativo, il trazodone (25-50 mg) o la doxepina (25 mg) possono essere preferibili rispetto a una benzodiazepina a lungo termine. Questi farmaci, tuttavia, non si sono dimostrati efficaci negli studi clinici e la loro sospensione può portare a insonnia da rebound (inoltre, riducono il tempo trascorso in fase REM). In generale, le benzodiazepine a breve o media durata d'azione sono preferibili a quelle con azione più prolungata. Farmaci a breve durata d'azione come lo zolpidem (5 mg) e il temazepam (15 mg) sono preferiti come sedativo-ipnotici. Lo zaleplon (5 mg) ha la più breve emivita tra questi farmaci, non sembra causare insonnia da rebound o influenzare negativamente la funzione psicomotoria (Ancoli-Israel 2000) e può essere usato in pazienti che si svegliano durante la notte. L'eszopiclone (1-2 mg), anche se approvato per l'uso a lungo termine per migliorare l'insonnia, deve essere somministrato con la stessa cautela degli altri farmaci. Ognuno di questi nuovi farmaci si è dimostrato sicuro ed efficace negli anziani (Ancoli-Israel e Ayalon 2006).

---

## Ansia

---

Tra gli anziani, l'ansia è spesso un sintomo secondario a malattie fisiche, quali ipertiroidismo, oppure si verifica come comorbidità di altri disturbi psichiatrici come la depressione oppure è il sintomo primario di un disturbo d'ansia generalizzato (Blazer 1997; si veda anche il Capitolo 12, "Disturbi d'ansia" di Stein e Sareen). Molti dei disturbi d'ansia, tuttavia, sono relativamente meno frequenti nell'età avanzata. Sebbene i disturbi fobici possano interessare persone di ogni età, le fobie più gravi, come l'agorafobia e la fobia sociale, iniziano precocemente e sono più comuni tra i bambini e i giovani rispetto agli anziani. Il disturbo d'ansia generalizzato è una diagnosi frequente a qualsiasi età, sebbene sia più spesso una comorbidità di altre patologie psichiatriche come la depressione maggiore. Il

disturbo da attacchi di panico è relativamente frequente e grave tra i più giovani, molto meno tra gli anziani (sebbene i dati che documentino ciò siano sporadici). L'ansia generalizzata è la patologia più studiata per valutare l'efficacia di gran parte delle terapie psicofarmacologiche.

## Frequenza e origini

Indagini sulla popolazione generale stimano che circa il 5% degli anziani sperimenta sintomi d'ansia (Blazer et al. 1991). Circa il 20% degli anziani riferisce qualche sintomo cognitivo o somatico d'ansia in indagini di popolazione, con maggiore prevalenza dei sintomi somatici rispetto a quelli cognitivi. In una ricerca in North Carolina, la fobia semplice è stata riscontrata nel 10% delle persone con più di 65 anni, rispetto al 13% delle persone di mezza età (Blazer et al. 1985); tuttavia, queste fobie in genere non sono disabilitanti, perché l'anziano di solito trova modi semplici per evitare le situazioni fobiche. L'agorafobia si riscontra nel 5% degli individui oltre i 65 anni e nel 7% delle persone di mezza età (Blazer et al. 1991). Ansia e depressione sono frequenti comorbidità, raggiungendo circa il 50% dei casi in alcuni studi (Beekman et al. 2000).

L'ansia deriva da una varietà di condizioni mediche e psichiatriche. Molti farmaci portano a sintomi d'ansia (Tabella 35.11).

Molte patologie psichiatriche si manifestano, in parte, con sintomi d'ansia. Il delirium moderato o grave è di solito associato con ansia e agi-

---

**TABELLA 35.11 Cause mediche di ansia negli anziani**

---

Ipertiroidismo
Aritmie cardiache
Embolia polmonare
Ipoglicemia
Farmaci
Caffeina
Farmaci simpaticomimetici da banco
Farmaci anticolinergici
Astinenza da farmaci ad azione ansiolitica

---

tazione, specialmente quando l'anziano si trova in un luogo non familiare. L'ansia è un sintomo frequente associato a depressione maggiore; i pazienti anziani con depressione maggiore soddisfano anche i criteri diagnostici per un disturbo d'ansia generalizzato in più del 50% dei casi (Blazer et al. 1989). L'ipocondria è associata ad ansia, specie quando i bisogni non sono compresi dalla famiglia e dagli operatori sanitari. Patologie con demenza, nelle fasi iniziali e intermedie, sono associate ad ansia e agitazione. In fase più avanzata, l'agitazione è episodica e l'ansia cognitiva soggettiva è molto meno bene documentata. La schizofrenia in età avanzata con ideazione paranoide acuta è di solito accompagnata da agitazione e ansia, specie la sera quando il paziente è da solo a casa. Inoltre, alcuni anziani hanno attacchi di panico e soddisfano i criteri diagnostici per la patologia da panico, mentre altri mostrano sintomi d'ansia generalizzata senza causa apparente biologica o psicosociale.

Il medico non deve sottovalutare la possibilità che i sintomi d'ansia possano essere secondari a una paura reale. Molti anziani devono esporsi quotidianamente a situazioni che minacciano la loro sicurezza: gli anziani che vivono in grandi città spesso hanno paura di essere aggrediti mentre camminano per strada, quelli con perdita di memoria che vivono da soli possono avere paura di perdersi lungo il tragitto verso l'ambulatorio del medico, persone che hanno perso la prontezza dei riflessi hanno paura di guidare in strade affollate e trafficate.

## Trattamento

Il ricorso a terapie non farmacologiche come tecniche di rilassamento e interventi di tipo cognitivo-comportamentale per il trattamento dell'ansia negli anziani non è stato studiato approfonditamente. Tuttavia, l'applicazione con successo delle terapie cognitivo-comportamentali per altri disturbi psichiatrici in età avanzata (soprattutto la depressione) nonché i rischi correlati ai farmaci suggeriscono che le terapie non farmacologiche possono essere appropriate per i disturbi d'ansia. Persone anziane che non hanno disturbi cognitivi possono trarre vantaggio dalle tecniche di rilassamento e dal biofeedback. Non ci sono dati che suggeriscono che persone anziane siano meno capaci di avvantaggiarsi di queste terapie rispet-

to alle persone di mezza età. Il recupero cognitivo mediante la terapia cognitiva originariamente descritta per la depressione (Blazer 1997) non è stato adattato finora agli anziani con disturbi d'ansia. Tuttavia, c'è poca evidenza che la psicoterapia non strutturata sia di beneficio nel trattamento dell'ansia generalizzata o di episodi di panico in età avanzata.

Le benzodiazepine (per es., alprazolam, oxazepam, lorazepam) sono i farmaci di elezione della terapia farmacologica dei disturbi d'ansia (Tabella 35.12). Questi farmaci si sono mostrati ripetutamente efficaci per il controllo dell'ansia se paragonati a placebo e sono relativamente liberi da effetti collaterali; sono generalmente ben tollerati da persone di ogni età ma presentano problemi particolari quando prescritti agli anziani. Ad esempio, l'emivita delle benzodiazepine può incrementare enormemente in età avanzata, e il diazepam (2,5-5,0 mg) ha un'emivita di circa 4 giorni negli anziani con più di 80 anni. Gli anziani sono anche più suscettibili ai potenziali effetti collaterali delle benzodiazepine, quali astenia, sonnolenza, disfunzione motoria e alterazione della memoria. I medici devono essere particolarmente attenti quando prescrivono benzodiazepine ad anziani che guidano. Le benzodiazepine a breve durata d'azione, come l'alprazolam (0,25 mg), l'oxazepam (15 mg) e il lorazepam (0,5 mg), somministrate due o tre volte al giorno, sono i farmaci di elezione negli anziani. Ciononostante, in alcuni pazienti anziani possono portare a brevi episodi da sospensione durante il giorno con riaccutizzazione dell'ansia.

**TABELLA 35.12 Farmaci e dosi iniziali per trattare l'ansia negli anziani**

Farmaco	Dose
Alprazolam	0,25 mg 2 volte/die
Oxazepam	15 mg 2 volte/die
Lorazepam	0,5 mg 2 volte/die
Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina	Si veda la Tabella 35.18
Propranololo	10 mg 2 volte/die

Anche i farmaci antidepressivi possono avere un ruolo nel trattamento dell'ansia. Ad esempio, l'escitalopram si è dimostrato efficace nel trattamento del disturbo d'ansia generalizzato degli anziani (Lenze et al. 2009). Altri SSRI e inibitori della ricaptazione della serotonina-noradrenalina (SNRI, per es. venlafaxina, duloxetina) possono essere un trattamento efficace.

Altri farmaci sono generalmente meno utili nel controllare l'ansia dell'anziano. Gli antidepressivi aiutano nel trattamento dell'ansia mista a depressione, ma in molti anziani i sintomi depressivi migliorano con la terapia, quelli ansiosi restano; per tale ragione è utile talvolta un'associazione di benzodiazepina e antidepressivo. Per trattare l'ansia alcuni suggeriscono di prendere in considerazione  $\beta$ -bloccanti come il propranololo (10 mg due volte al giorno). Questi farmaci vanno monitorati con attenzione, data la loro azione di rallentamento della frequenza cardiaca.

---

## Paranoia e agitazione

---

Un sintomo frequente negli anziani, specie in quelli con disturbi cognitivi, è la paranoia, che può andare da un aumento della sospettosità e della sfiducia verso i familiari e gli amici fino a vere e proprie ideazioni paranoide. Per molti anni, soprattutto nella letteratura europea, non si è fatta alcuna distinzione tra anziani sospettosi e paranoici. La *parafrenia dell'età avanzata* (o, come viene definita più di recente, la *schizofrenia a esordio molto tardivo*) si distingue sia dalla schizofrenia cronica sia dalla demenza ed è caratterizzata da paranoia marcata in anziani che altrimenti mantengono un funzionamento corretto in comunità per mesi o anche anni (Almeida et al. 1995). Le persone che soffrono di parafrenia sono soprattutto donne e spesso vivono da sole. Marcata paranoia, evidente psicosi e alterazioni cognitive sono tra le manifestazioni più comuni della sindrome. Ci sono poche ed empiriche giustificazioni per separare la parafrenia dell'età avanzata da altre patologie psicotiche.

I contenuti delirianti predominanti negli anziani sono di tipo persecutorio e somatico. Quelli a contenuto persecutorio spesso si costruiscono intorno a un singolo tema o a una serie di temi tra loro connessi, come la famiglia e i vicini che

conspirano contro l'anziano o l'invenzione di un abuso sessuale. I deliri somatici spesso coinvolgono il tratto gastrointestinale e riflettono la paura di avere un tumore. Indipendentemente dall'eziologia dell'ideazione delirante quando gli anziani ritengono di essere minacciati dall'ambiente sociale, spesso perché non capiscono cosa vi succede, l'agitazione aumenta. Una riduzione delle funzioni cognitive è la causa più comune di paranoia e agitazione e può derivare sia da una perdita della capacità di valutare l'ambiente sia da alterazioni neuropatologiche dirette. L'agitazione negli anziani con ideazione delirante è un sintomo acuto che può richiedere un trattamento di emergenza, come descritto più avanti in questo capitolo (si veda il paragrafo "Trattamento").

### Frequenza e origini

Comportamenti sospettosi e paranoici sono stati riscontrati nel 17% delle persone in un'indagine sulla popolazione generale (Lowenthal 1964), mentre sentirsi oggetto di persecuzione veniva riferito dal 4% in un altro studio (Christenson e Blazer 1984). La percezione degli anziani di vivere in un ambiente sociale ostile è comune e coinvolge una percentuale molto più ampia di individui anziani rispetto a quelli in cui viene posta diagnosi di schizofrenia o sospettosità secondaria ad alterazioni cognitive. Alcuni di questi sospetti possono essere giustificati quando l'anziano vive in una comunità non sicura o sia vittima di una frode. Nelle persone in comunità, meno dell'1% soffre di schizofrenia o disturbo paranoide.

Molte patologie possono portare a sospettosità, deliri e agitazione (Tabella 35.13). Una schizofrenia cronica con esordio precoce e che persista anche in età avanzata è forse la causa più facilmente identificabile di sospettosità insorta tardivamente (Vahia et al. 2012). Dato che la schi-

---

**TABELLA 35.13 Cause di paranoia, allucinazioni e agitazione negli anziani**

---

Schizofrenia
Disturbi deliranti a esordio tardivo
Sindrome delirante organica
Delirium

---

zofrenia tenda a essere caratterizzata da un declino della funzione sociale in tutte le fasi della vita e da una minore aspettativa di vita (anche se la prognosi varia significativamente da persona a persona), la schizofrenia cronica che persista in età avanzata e che lasci ancora l'anziano relativamente libero da altri sintomi è rara. Ciononostante, le persone possono sperimentare sintomi gravi di schizofrenia da giovani o da adulti per poi entrare in un periodo di remissione fino a ricadere in un comportamento schizofrenico in età avanzata. Malattie simili alla schizofrenia possono anch'esse esordire in età avanzata. Questi pazienti sviluppano con minore probabilità sintomi negativi e alterazioni neuropsicologiche e spesso rispondono a basse dosi di farmaci antipsicotici. Di solito, depressione e malattie mentali organiche non contribuiscono a questi stati simil-schizofrenici a esordio tardivo. Al contrario, patologie mentali organiche e depressione a esordio tardivo sono spesso associate a sintomi psicotici.

Disturbi deliranti a esordio tardivo, con sintomi da lievi a moderati, sono una causa frequente di paranoia in età avanzata. Le paranoie, spesso riguardanti una persecuzione da parte della famiglia e degli amici, sono centrate su un tema singolo o su temi interconnessi. Ad esempio, una donna anziana può convincersi che sua figlia sia coinvolta nella morte del marito (o che la figlia abbia trascurato il padre durante una malattia cronica). La donna può quindi non sentire ragioni sul comportamento della figlia e non arrivare mai a perdonarla per l'abuso o la negligenza percepiti. Queste paranoie possono portare a una diminuzione dell'affettività fino a interrompere i rapporti con la figlia e alla rinuncia del supporto finanziario.

Sospettosità e agitazione in età avanzata sono anche comunemente causate dai sintomi psicotici associati a patologie neurocognitive. Questi sintomi, a differenza dei disturbi deliranti a esordio tardivo, hanno nel tempo gravità e contenuti variabili. In alcuni casi, l'anziano mantiene una vita normale e non sembra essere disturbato dall'ideazione delirante, anche se frequentemente espressa. L'infedeltà immaginata del partner ne è un comune esempio. Se il delirio non crea stress soggettivo e/o problemi nel gestirlo, l'intervento di elezione è la valutazione regolare del paziente e della famiglia senza l'uso di farmaci. L'ideazione persecutoria è la più comune e spesso insorge a seguito di cambiamenti nell'ambiente che circonda

l'anziano. Paranoia e agitazione possono derivare da un farmaco o da un danno cerebrale localizzato (per es., nell'abuso di alcol o nella corea di Huntington). La paranoia, comunque, di solito deriva da patologie neurocognitive come l'Alzheimer o da patologie vascolari. Per alcune persone affette da Alzheimer, i pensieri deliranti predominano sulla demenza, specie nelle fasi iniziali. Forse l'incontro più comune che gli psichiatri hanno con anziani sospettosi è quello con pazienti con Alzheimer di difficile gestione per paranoia e agitazione. Sospettosità e agitazione sono anche sintomi frequenti del delirium.

Nonostante la varietà di patologie che possono causare paranoia negli anziani, alcuni studiosi hanno suggerito fattori psicobiologici comuni in questa sindrome. Una storia familiare di sospettosità e ideazione delirante è rara tra gli anziani sospettosi, perciò l'ereditarietà è meno importante rispetto a forme più precoci in età più giovane. Con l'invecchiamento la degenerazione dei tessuti sottocorticali può alterare la neurotrasmissione e le funzioni cerebrali superiori, contribuendo a sua volta a deficit di attenzione e di selezione delle informazioni, sintomi associati con il pensiero psicotico. Il fatto che le donne siano più suscettibili degli uomini a forme più gravi di paranoia in età avanzata (al contrario di quanto avviene per le psicosi giovanili, dove la distribuzione tra i sessi è uguale) ha condotto alcuni ricercatori a ipotizzare che la menopausa e il conseguente calo nel legame degli estrogeni ai recettori per la dopamina esponga le donne al rischio di sviluppare pensieri deliranti, da cui prima erano protette. La deprivazione sensoriale è stata identificata come un potenziale fattore di rischio per la paranoia, indipendentemente dalla causa sottostante. Anche l'isolamento sociale può contribuire.

### Iter diagnostico

L'elemento chiave dell'iter diagnostico nell'anziano con paranoia è la valutazione psichiatrica. Poiché il pensiero delirante e l'agitazione rendono solitamente l'anamnesi del paziente inaccurata, i familiari devono essere interrogati sul comportamento del paziente, specie su ogni cambiamento. Precedenti episodi psicotici o deliranti dovrebbero essere documentati, così come precedenti trattamenti. I medici che valutano un

anziano con paranoia devono tenere presente che talvolta gli anziani vengono abusati da membri della famiglia e, perciò, quella che sembra una descrizione delirante del comportamento familiare può contenere qualche forma di verità.

## Trattamento

La gestione della paranoia nell'anziano richiede di: 1) garantire un ambiente sicuro; 2) iniziare un'alleanza terapeutica; 3) considerare e, se appropriato, iniziare una terapia farmacologica (Tabella 35.14) e 4) gestire le crisi comportamentali acute. Il medico deve prima di tutto decidere se l'ospedalizzazione è necessaria. In generale gli anziani con paranoia non si adattano bene all'ospedale. Un cambiamento rispetto agli ambienti familiari e le interazioni con persone estranee tendono a esacerbare la sospettosità. Ciononostante, la disabilità che consegue alla paranoia negli anziani e all'agitazione sono tali da richiedere spesso l'ospedalizzazione.

Una volta che l'anziano è ricoverato, il medico deve creare un'alleanza terapeutica, che può essere instaurata attraverso un approccio medico al paziente ed esprimendo interesse per tutte le sue preoccupazioni fisiche ed emotive. La maggior parte degli anziani con paranoia è abbastanza propensa ad accettare cure mediche e a fidarsi dei medici. Raramente è necessario che i medici si confrontino con il paziente riguardo ai sospetti o ai pensieri deliranti; le risposte dell'anziano possono essere supportate emozionalmente (per es., "capisco la sua preoccupazione") e i medici non hanno bisogno di concordare o contrastare le affermazioni sicuramente non vere del paziente.

La pietra miliare per gestire un anziano con paranoia moderata o grave è rappresentata dal trattamento farmacologico, soprattutto con farmaci ad azione antipsicotica (si veda Tabella 35.14). I farmaci più frequentemente usati sono risperidone, olanzapina, quetiapina e aloperidolo. La dose di questi farmaci è all'inizio relativamente bassa, e metà della dose deve essere somministrata la sera. In un ampio studio controllato, basse dosi di risperidone (1 mg/die) hanno migliorato significativamente i sintomi psicotici e il comportamento aggressivo con minori effetti collaterali rispetto a dosi di 2 mg/die (Katz et al. 1999). Se necessario, le dosi possono essere incrementate. I medici devono tenere a mente l'avvertimento

**TABELLA 35.14 Farmaci per il trattamento della paranoia e dell'agitazione negli anziani**

Farmaco	Dose
<i>Farmaci antipsicotici atipici</i>	
Risperidone	1-3 mg 4 volte/die
Olanzapina	5-15 mg 4 volte/die
Quetiapina	50-100 mg 4 volte/die
<i>Farmaci antipsicotici di vecchia generazione</i>	
Aloperidolo	0,5-2 mg 3 volte/die

FDA riguardo agli antipsicotici atipici. I medici che prescrivono antipsicotici per il trattamento della paranoia dell'anziano devono monitorarne attentamente l'efficacia e discutere di potenziali rischi e benefici con il paziente e i familiari. Se si ritiene che il farmaco non funzioni – ad esempio, se i sintomi cardine non migliorano – esso deve essere sospeso, in considerazione dei possibili effetti collaterali. La discinesia tardiva è da 5 a 6 volte più comune negli anziani rispetto ai pazienti giovani (Jeste 2000).

Infine, il medico deve essere preparato ad affrontare una grave agitazione e un comportamento violento (Tabella 35.15). I farmaci da soli non controlleranno questi comportamenti; i medici devono collaborare con lo staff infermieristico per prevenirli in pazienti a rischio mentre sono ricoverati e istruire le famiglie sui metodi di prevenzione quando il paziente è a casa.

I periodi di agitazione grave sono di solito brevi e, se gestiti in modo appropriato, presto dimenticati dall'anziano. Così il medico può una volta di più lavorare per stabilire una relazione terapeutica duratura con il paziente.

## Depressione

La depressione è una delle più comuni sindromi geriatriche psichiatriche e la seconda più disabilitante (dopo la perdita di memoria) (Blazer 2003). La depressione in età avanzata, che non sia una comorbilità di malattie fisiche e/o di una demenza, è caratterizzata da sintomi simili a quelli



**TABELLA 35.15** **Suggerimenti per la prevenzione del comportamento violento e aggressivo negli anziani**

---

Calmare il paziente aiutandolo a esprimere le sue paure
Distrarre l'attenzione dell'anziano
Fornire direttive al paziente con termini semplici
Comunicare in maniera chiara e concisa
Comunicare le aspettative
Evitare litigi e comportamenti di difesa
Evitare un linguaggio corporeo o gestuale minaccioso
Rimanere a distanza di sicurezza dal paziente fino a che non è disponibile aiuto

---

presenti in fasi più precoci della vita, con alcune differenze significative: un umore depresso è di solito evidente in un anziano, ma non viene necessariamente riferito. Gli anziani sono più propensi a perdere peso (invece di aumentare di peso o di mantenerlo invariato) durante un episodio di depressione maggiore e meno propensi a sentimenti di inadeguatezza e colpa. Sebbene gli anziani abbiano più difficoltà con i test di performance cognitiva durante un episodio di depressione, non sono più propensi dei giovani a riferire problemi cognitivi soggettivi. Tali lamentele sono comuni negli episodi depressivi più gravi, indipendentemente dall'età. Una persistente anedonia associata a mancanza di risposte a stimoli piacevoli è un sintomo comune e centrale nella depressione dell'età avanzata. Gli anziani sono più propensi dei giovani a sviluppare sintomi psicotici durante un episodio depressivo. Gli studi hanno suggerito che la funzione esecutiva è alterata negli anziani con depressione e che questa alterazione può essere associata con una maggiore probabilità di ricadute e ricomparsa dei sintomi (Alexopoulos et al. 2000). L'alterazione della memoria nel contesto della depressione geriatrica può persistere dopo un trattamento efficace dei sintomi depressivi (Lee et al. 2007). La Tabella 35.16 riassume le caratteristiche degli anziani con depressione.

## Frequenza e origini

Indagini sulla popolazione generale hanno evidenziato che gli anziani hanno minori probabilità di ricevere una diagnosi di depressione maggiore rispetto a persone in giovane o mezza età. Sintomi depressivi, tuttavia, sono distribuiti in maniera abbastanza equivalente nelle varie fasi della vita e incrementano nei più anziani. Colloqui standardizzati svelano che l'1-3% delle persone riceve una diagnosi di distimia (Blazer et al. 1987). La depressione maggiore è molto più presente, tuttavia, tra gli anziani in ospedale e in case di riposo, con tassi che vanno dal 10 al 20% (Koenig et al. 1988). In uno studio rappresentativo della popolazione negli Stati Uniti, la prevalenza generale della depressione era dell'11,9% (Steffens et al. 2009) ed era simile tra gli uomini (10,19%) e le donne (11,44%). Bianchi e ispanici hanno una prevalenza circa 3 volte maggiore di depressione rispetto agli afroamericani.

La depressione dell'età avanzata si adatta bene al modello biopsicosociale dei disturbi psichiatrici (Blazer e Hybels 2005). Sebbene la predisposizione ereditaria alla depressione sia meno probabile tra le persone anziane che ricevono una prima diagnosi di depressione, con la depressione in età avanzata è associata una varietà di fattori biologici. Una scarsa regolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, così come alterazioni del ciclo del sonno e di altri ritmi cir-

**TABELLA 35.16** **Caratteristiche degli anziani con depressione**

---

Non riferire spontaneamente la depressione
Perdita di peso (raramente aumento)
Problemi di insonnia, raramente di sonnolenza eccessiva
Problemi di concentrazione e perdita di memoria
Alterazione dei test psicologici
Anedonia
Sintomi psicotici più frequentemente che nei soggetti giovani-adulti
Funzione esecutiva alterata

---

cadiani, sono più probabilmente presenti negli anziani rispetto ai giovani. Questi problemi sono stati associati anche con depressione maggiore. Di recente, l'attenzione dei ricercatori si è focalizzata sull'associazione tra depressione e lesioni delle strutture sottocorticali e delle loro proiezioni cortico-frontali (Alexopoulos et al. 1997; Krishnan et al. 1997). La maggior parte degli anziani è soddisfatta della propria vita e non è psicologicamente predisposta alla depressione. Ciononostante, alcuni provano demoralizzazione e disperazione non solo per le inabilità dovute all'invecchiamento, ma anche per la sensazione di non aver raggiunto i propri obiettivi di vita. Gli anziani devono adattarsi a molti eventi avversi durante la vita, soprattutto la perdita di parenti e amici, anche se reagiscono con minori difficoltà a queste perdite rispetto ai giovani. Gli anziani, ad esempio, si aspettano di perdere familiari e amici, dal momento che coloro che muoiono spesso hanno avuto una malattia cronica per un certo periodo; questo fa sì che gli anziani siano in parte preparati alla perdita prima che essa si verifichi.

Sebbene la depressione maggiore sia relativamente infrequente tra gli anziani, può essere una malattia difficile da gestire. Gli anziani possono anche soffrire di disturbo bipolare, con l'esordio del primo episodio maniacale dopo i 65 anni. Le depressioni psicotiche sono più comuni in età avanzata rispetto ad altre fasi della vita (Meyers 1992). Altri tipi comuni di depressione in età avanzata includono la depressione associata a patologia medica o a farmaci, come un umore depresso secondario a farmaci antipertensivi, e la depressione associata a patologie neurocognitive comuni, quali l'Alzheimer e la patologia neurovascolare. Patologie mediche come l'ipotiroidismo sono spesso causa di umore depresso. Una patologia con umore depresso secondario a una disabilità fisica e/o a una malattia cronica è tra le cause più frequenti di depressione tra gli anziani.

### Iter diagnostico

L'anamnesi del paziente e quella ricavata da un familiare sono elementi chiave per la diagnosi di depressione in età avanzata. Sebbene gli anziani tendenzialmente "mascherino" i loro sintomi depressivi, un colloquio attento rivela quasi inevitabilmente una depressione significativa, se pre-

sente. L'anamnesi va accompagnata da un esame approfondito dello stato mentale con attenzione ai disturbi motori e della percezione, alla presenza o assenza di allucinazioni, ad alterazioni del pensiero, e con test cognitivi completi. Per distinguere la depressione dalla demenza si possono utilizzare dei test psicologici, ma non dovrebbero essere condotti durante un episodio depressivo grave. I test di laboratorio da richiedere nell'anziano depresso sono elencati nella Tabella 35.17. Alcuni test, come l'emocromo o la valutazione dei livelli di vitamina B<sub>12</sub> e folati, sono utili nello screening di patologie mediche che si possono presentare con sintomi depressivi. La funzione tiroidea è essenziale nella diagnosi di un anziano depresso, dato che viene frequentemente diagnosticato un ipotiroidismo subclinico.

Sebbene alterazioni del sonno associate alla depressione siano simili a quelle associate al normale invecchiamento, un esperto polisonnografista può cogliere le differenze. Una risonanza magnetica è opzionale, nonostante l'associazione di iper-

---

**TABELLA 35.17 Iter di laboratorio dell'anziano depresso**

---

#### Di routine

- Emocromo completo
- Analisi delle urine
- Tri-iodotironina (T<sub>3</sub>), tiroxina (T<sub>4</sub>), indice libero di tiroxina, ormone stimolante la tiroide (TSH)
- Test di laboratorio per le malattie veneree
- Vitamina B<sub>12</sub> e folati
- Esami ematochimici (natriemia, cloremia, kaliemia, uremia, calcemia, glicemia, creatininemia)
- Elettrocardiogramma

#### Di scelta

- Polisonnografia
  - Risonanza magnetica o tomografia computerizzata
  - Test di stimolo del TSH
  - Screening per HIV
-

rintensità sottocorticali della sostanza bianca con depressione in età avanzata. Il medico che richiede esami di laboratorio per un anziano depresso deve anche considerare i potenziali effetti avversi sulla salute generale dovuti a un umore depresso grave o cronico. Ad esempio, la depressione maggiore è associata con riduzione della densità minerale ossea, ponendo la donna anziana depressa ad alto rischio per osteoporosi (Michelson et al. 1996).

## Trattamento

La gestione clinica comprende la terapia farmacologica, quella elettroconvulsiva (ECT), la psicoterapia e il lavoro con la famiglia. Il trattamento farmacologico di scelta attualmente è uno dei farmaci antidepressivi di nuova generazione (Tabella 35.18). Nonostante l'avvento di nuovi farmaci, alcuni psichiatri preferiscono tuttora somministrare all'inizio una delle amine secondarie, quali nortriptilina o desipramina, in un anziano in buona

salute. Ognuna ha effetti anticolinergici relativamente contenuti e nota efficacia antidepressiva. L'ipotensione posturale è l'effetto collaterale più complicato riscontrato negli anziani trattati con antidepressivi triciclici. Gli SSRI fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram ed escitalopram possono essere usati talvolta, a dosi più basse di quelle prescritte in età più giovane (per es., 10 mg/die per la paroxetina). I più comuni effetti collaterali limitanti l'uso degli SSRI sono l'agitazione e la persistente perdita di peso. La paroxetina ha dimostrato di migliorare significativamente (ma non drasticamente) i sintomi della depressione minore e della distimia a dosi tra 10 e 40 mg/die (Williams et al. 2000). L'uso di farmaci antidepressivi, soprattutto SSRI, è aumentato negli ultimi 25 anni, con più del 10% di anziani oltre i 75 anni che assumono un antidepressivo per un certo periodo (Blazer 2000). Se la terapia con SSRI non ha successo, allora la seconda scelta sono i SNRI, quali

**TABELLA 35.18** Terapia antidepressiva per i pazienti anziani, dosi iniziali

Farmaco	Dose
<b>Inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina</b>	
Fluoxetina	10 mg 4 volte/die
Sertralina	50 mg 4 volte/die in dosi separate
Paroxetina	10 mg 4 volte/die
Citalopram	10 mg 4 volte/die <sup>a</sup>
Escitalopram	10 mg 4 volte/die
<b>Inibitori della ricaptazione della serotonina-noradrenalina</b>	
Venlafaxina	37,5 mg 4 volte/die
Duloxetina	20 mg 4 o 2 volte/die
Desvenlafaxina	50 mg 4 volte/die
<b>Antidepressivi triciclici</b>	
Nortriptilina	50-75 mg/ora
Desipramina	50-75 mg/ora
<b>Altri farmaci</b>	
Trazodone	50 mg/ora
Bupropione a rilascio prolungato	100 mg 4 o 2 volte/die

*Nota.* <sup>a</sup>La dose totale giornaliera di citalopram non deve superare i 20 mg per il rischio di aritmia cardiaca.

venlafaxina (iniziando a dosi di circa 37,5 mg/die) o duloxetina (iniziando con 20 mg/die) (Alexopoulos et al. 2001).

L'anziano che ha precedentemente risposto a una ECT, che non risponde a farmaci antidepressivi o va incontro a significativi effetti collaterali da farmaci può essere un candidato per all'ECT. Ulteriore indicazione per essere sottoposto al trattamento è la presenza di depressione psicotica. Nonostante un maggior numero di malattie fisiche e alterazioni cognitive, anche il paziente più anziano con depressione maggiore grave può tollerare una ECT tanto quanto uno più giovane con risposte acute simili o migliori. Con un supporto medico adeguato, l'ECT è un trattamento sicuro ed efficace per gli anziani. La ECT unilaterale non dominante è preferibile. Se il trattamento ha successo, allora una ECT di mantenimento a intervalli progressivamente più lunghi è una tecnica per prevenire ricadute. Una terapia a impulsi magnetici e una stimolazione magnetica transcranica ripetitiva possono essere impiegate nelle forme di depressione dell'anziano resistenti al trattamento (George et al. 1999; Lisanby et al. 2001).

Molti studi hanno dimostrato l'efficacia delle terapie cognitive e comportamentali (tra cui la psicoterapia interpersonale) nel trattamento ambulatoriale di anziani con depressione maggiore senza melanconia (Lynch e Aspnes 2004). Anche nelle forme di depressione melanconica grave insieme all'uso di farmaci si può ricorrere anche alla terapia cognitiva. In un ampio studio controllato su pazienti con depressione maggiore oltre i 59 anni di età, il mantenimento con una terapia interpersonale e paroxetina era significativo nel prevenire o ritardare la ricaduta (Reynolds et al. 2006). Per un mantenimento a lungo termine (2 anni), i farmaci erano più efficaci della psicoterapia. La terapia cognitivo-comportamentale è ben tollerata dagli anziani per la sua breve durata e per l'orientamento educativo, nonché per lo scambio attivo tra terapeuta e paziente.

Ogni terapia efficace per la depressione negli anziani deve includere il lavoro con la famiglia, che è spesso l'alleato principale del medico che lavora con l'anziano depresso; la famiglia va anche informata, in modo che riesca a riconoscere i segnali di allarme, come quelli che preludono a un suicidio, in un familiare anziano gravemente

depresso. Inoltre, la famiglia può rappresentare un riferimento centrale per reintrodurre un anziano isolato e depresso in attività sociali.

---

## Abuso di sostanze

---

L'abuso di sostanze in età avanzata è un problema sanitario emergente. Sebbene ci possa essere abuso di tutte le sostanze, due categorie destano particolare preoccupazione: alcol e farmaci. L'abuso di sostanze negli anziani è un'epidemia nascosta ma emergente. A mano a mano che la generazione del baby boom entrerà in età geriatrica, questi problemi saranno solo più frequenti, considerata la loro notevole diffusione già in questa generazione. Negli anziani non solo sta aumentando la frequenza con cui si abusa di sostanze, ma si presentano situazioni di tale complessità che la cura rappresenta una sfida rispetto alle terapie basate sull'evidenza ed è motivo di frustrazione per i medici, i pazienti e le loro famiglie. Gli anziani raramente hanno problemi isolati legati all'abuso di sostanze: i problemi di salute, le comorbilità psichiatriche, come la depressione e la perdita di memoria, e i farmaci prescritti per la cura di questi disturbi complicano il trattamento.

Segni e sintomi comuni dell'abuso di sostanze sono elencati nella Tabella 35.19 (Oslin e Mavandadi 2012). Nessuno di essi può essere associato fin dall'inizio a un problema di abuso di sostanze; per tale ragione la causa sottostante può non essere rilevata. Gli anziani che si recano in Pronto Soccorso con uno di questi segni e sintomi do-

---

**TABELLA 35.19 Segni e sintomi comuni dell'abuso di sostanze negli anziani**

---

Ansia inspiegabile
Vertigini
Sonnolenza
Alterazioni dell'umore
Cadute, ferite, ustioni
Perdita di memoria
Scarsa igiene
Problemi del sonno

---

vrebbero essere valutati per abuso di sostanze, e tanto il paziente quanto i familiari vanno interrogati in merito a questa eventualità. Gli anziani vanno incontro a rischi maggiori a causa della minore massa corporea e della riduzione del volume di acqua rispetto al grasso corporeo, il che determina un incremento delle concentrazioni sieriche, dell'assorbimento e della distribuzione di alcol e di sostanze nell'organismo.

I medici non eseguono screening tossicologici di routine negli anziani e gli stessi anziani non forniscono volontariamente questa informazione in modo tempestivo. Gli ostacoli all'identificazione precoce o al trattamento sono la scarsa conoscenza, la negazione del problema da parte sia del medico sia del paziente, visite ambulatoriali affrettate, lo stigma sociale o la vergogna, la generale riluttanza a cercare un aiuto professionale, la mancanza di risorse economiche o di mezzi di trasporto, le comorbidità che complicano la diagnosi o il trattamento (per es., alterazioni cognitive) e la riduzione della rete di supporto sociale (Center for Substance Abuse Treatment 1998). Paragonati ai giovani adulti, gli anziani sono meno propensi a percepire la loro assunzione di alcol o sostanze come eccessiva o problematica.

### Frequenza e cause

I problemi legati all'alcol sono di gran lunga i più frequenti negli anziani. In un ampio studio, il 66% dei maschi anziani intervistati e il 55% delle donne riferivano uso di alcol nell'anno precedente, il 13% degli uomini e l'8% delle donne riportavano un uso a rischio e più del 14% degli uomini e del 3% delle donne un uso eccessivo (Blazer e Wu 2009). Una piccola ma clinicamente importante percentuale di anziani (1,4%) riferiva l'uso di antidolorifici senza prescrizione nell'anno precedente (Wu e Blazer 2011). Le associazioni di paracetamolo e ossicodone o propoxilene erano le più diffuse. L'uso di sostanze illegali è raro negli anziani, ma non assente. In un'indagine nazionale condotta sugli anziani, è emerso che il 2,6% usava marijuana e lo 0,41% cocaina (Wu e Blazer 2011). L'uso di marijuana, tuttavia, non è ragione di frequente riscontro che motivi la richiesta di aiuto. La maggior parte di questi anziani inizia a usare sostanze illecite prima dei 30 anni. Il loro invio al medico in età avanzata è spesso legato a concomitanti problemi con la legge (Wu e Blazer 2011).

I fattori di rischio per l'abuso di sostanze sono elencati nella Tabella 35.20 (Oslin e Mavandadi 2012). In generale l'uso di sostanze diminuisce con l'età, con due importanti precisazioni. In primo luogo, i giovani hanno una frequenza di abuso di sostanze nella vita significativamente più alta degli over 65; quando arriveranno alla mezza età essi avranno probabilmente maggiori problemi di abuso in età avanzata rispetto agli anziani di oggi, andando ad aggravare la pressione su un sistema sanitario già sovraccarico e non adeguatamente preparato a seguire i pazienti con problemi di abuso di sostanze (Eden et al. 2012). In secondo luogo, sebbene l'abuso di sostanze negli anziani sia meno frequente, esso è spesso più problematico date le specificità di questa popolazione, incluse la maggiore probabilità di assumere svariati farmaci e di presentare una o più patologie fisiche o psichiatriche in comorbidità. Gli anziani sono spesso più isolati, il che rappresenta un fattore scatenante di molte situazioni di rischio, quali una riduzione dei compiti loro spettanti e l'assenza di incoraggiamento da parte di familiari e amici.

### Trattamento

Il primo passo per trattare un anziano che abusa di sostanze consiste nella disintossicazione e nella sospensione delle sostanze stesse. I sintomi di astinenza alcolica includono iperattività autonoma-

**TABELLA 35.20 Fattori di rischio per il disturbo da abuso di sostanze negli anziani**

---

Sesso maschile per alcol, sesso femminile per farmaci psicoattivi
Riduzione negli obblighi sociali
Perdita di ruoli sociali e occupazionali
Vedovanza
Riduzione della funzione fisica
Storia di problemi di abuso di sostanze
Incoraggiamento da parte di famiglia e amici
Esposizione a sostanze, come farmaci disponibili
Comorbidità psichiatriche quali depressione

---

mica (aumento della pressione del sangue e della frequenza cardiaca), irrequietezza, problemi del sonno e, quando è grave, allucinazioni, deliri e anche crisi epilettiche. L'alcol negli anziani va eliminato gradualmente ricorrendo anche a un sostituto, come il diazepam.

Studi basati sull'evidenza hanno dimostrato che la terapia non farmacologica è efficace nel trattamento sia dell'abuso di alcol sia di altre sostanze negli anziani, sebbene questi studi siano rari e limitati. Gli approcci terapeutici meno intensivi vanno effettuati in ambulatorio se sono assenti sintomi gravi da astinenza (Center for Substance Abuse Treatment 1998; Wu e Blazer 2011). Un breve colloquio (come una discussione di 10-15 minuti con il medico) è il primo step. Se ciò non ha successo, si possono adottare vari tipi di intervento, elencati nella Tabella 35.21. Si raccomandano strategie orientate agli aspetti psicologici, sociali e di salute specifici per l'età. Il Center for Substance Abuse Treatment (2005) raccomanda che siano presenti i seguenti elementi qualunque sia l'approccio all'abuso di sostanze negli anziani: 1) trattamento specifico per l'età (per es., i programmi misti dei "12 passi" possono non adattarsi agli anziani); 2) approcci di sostegno, non giudicanti, che creino autostima (diversamente dagli approcci confrontazionali usati nei giovani); 3) approcci cognitivo-comportamentali (invece di

altre terapie non direttive); 4) sviluppo di abilità per migliorare il supporto sociale; 5) coinvolgimento di counselor formati e motivati a lavorare con gli anziani e 6) adozione di ritmi e contenuti appropriati per l'età. L'aderenza al trattamento è generalmente migliore nei trattamenti ambulatoriali.

Per molti anni il disulfiram è stato l'unico farmaco disponibile per la terapia cronica della dipendenza da alcol, ma veniva usato raramente a causa degli effetti collaterali. Più di recente si sono dimostrati efficaci naltrexone e acamprosato.

**TABELLA 35.21** Trattamento del disturbo da abuso di sostanze negli anziani

Disintossicazione e sospensione
Interventi brevi (specie per i problemi di alcolismo)
Sedute di gruppo focalizzate su terapia cognitiva e autogestione
Programma dei "12 passi"
Farmacoterapia
Disulfiram
Acamprosato
Naltrexone

## Punti clinici chiave

- Il delirium è molto più comune negli anziani ospedalizzati rispetto a quanto si riconosca. È necessario effettuare uno screening scrupoloso per identificare questi pazienti.
- Lavorare con la famiglia di un paziente con perdita di memoria è fondamentale per alleviare le sofferenze del paziente e prevenire l'istituzionalizzazione prima che sia assolutamente necessaria.
- Per l'insonnia degli anziani una buona igiene del sonno è più importante del trattamento farmacologico.
- L'ansia generalizzata è di solito una comorbilità di altre condizioni, quali depressione o malattie fisiche. Diagnosticare le comorbilità è il primo passo per gestire l'ansia negli anziani.
- Ideazione delirante e agitazione sono i sintomi più gravi della demenza.
- La depressione non complicata in tarda età è altrettanto responsiva al trattamento di quella della mezza età. Una depressione con comorbilità fisiche o perdita di memoria è molto più difficile da trattare.
- L'abuso di sostanze sta aumentando tra gli anziani, il che è particolarmente problematico, considerato che la loro salute è spesso compromessa e che vengono prescritti farmaci.

---

## Bibliografia

---

- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al: "Vascular depression" hypothesis. *Arch Gen Psychiatry* 54:915–922, 1997
- Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al: Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 57:285–290, 2000
- Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF III, et al: The Expert Consensus Guideline Series. Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. *Postgrad Med Special Report*, October 2001, pp 1–86
- Almeida O, Howard R, Levy R: Psychotic states arising in late life (late paraphrenia): psychopathology and nosology. *Br J Psychiatry* 166:205–214, 1995
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013
- Ancoli-Israel S: Insomnia in the elderly: a review for the primary care practitioner. *Sleep* 23 (suppl 1):S23–S30, 2000
- Ancoli-Israel S, Ayalon L: Diagnosis and treatment of sleep disorders in older adults. *Am J Geriatr Psychiatry* 14:95–103, 2006
- Beekman A, de Beurs E, van Balkom A: Anxiety and depression in later life: co-occurrence and commonality of risk factors. *Am J Psychiatry* 157:89–95, 2000
- Blazer DG: Generalized anxiety disorder and panic disorder in the elderly: a review. *Harv Rev Psychiatry* 5:18–27, 1997
- Blazer DG: Psychiatry and the oldest old. *Am J Psychiatry* 157:1915–1924, 2000
- Blazer DG: Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 58:249–265, 2003
- Blazer DG: Neurocognitive disorders in DSM-5. *Am J Psychiatry* 170:585–587, 2013
- Blazer DG, Hybels CF: Origins of depression in later life. *Psychol Med* 35:1241–1252, 2005
- Blazer DG, van Nieuwenhuizen AO: Evidence for the diagnostic criteria of delirium: an update. *Curr Opin Psychiatry* 25:239–243, 2012
- Blazer DG, Wu LT: The epidemiology of at-risk and binge drinking among middle-aged and elderly community adults: National Survey on Drug Use and Health. *Am J Psychiatry* 166:1162–1169, 2009
- Blazer D, George LK, Landerman R, et al: Psychiatric disorders: a rural/urban comparison. *Arch Gen Psychiatry* 42:651–656, 1985
- Blazer DG, Hughes D, George L: The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist* 27:281–287, 1987
- Blazer D, Hughes DC, Fowler N: Anxiety as an outcome symptom of depression in elderly and middle-aged adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 4:273–278, 1989
- Blazer DG, Hughes D, George L: Generalized anxiety disorder, in *Psychiatric Disorders in America*. Edited by Robins L, Regier D. New York, Free Press, 1991, pp 180–203
- Breitner J, Zandi P: Do nonsteroidal anti-inflammatory drugs reduce the risk of Alzheimer's disease? *N Engl J Med* 345:1567–1568, 2001
- Center for Substance Abuse Treatment: Substance Abuse Among Older Adults. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 26. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 1998
- Center for Substance Abuse Treatment: Substance Abuse Relapse Prevention for Older Adults: A Group Treatment Approach. Rockville, MD, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services, 2005
- Christenson R, Blazer D: Epidemiology of persecutory ideation in an elderly population in the community. *Am J Psychiatry* 141:1088–1091, 1984
- Eden J, Maslow K, Le M, et al (eds): *The Mental Health and Substance Use Workforce for Older Adults: In Whose Hands?* Washington, DC, National Academies Press, 2012
- Evans D, Funkenstein H, Albert M: Prevalence of Alzheimer's disease in a community population of older persons: higher than previously reported. *JAMA* 262:2551–2556, 1989
- Foley D, Monjan A, Brown S, et al: Sleep complaints among elderly persons: an epidemiological study of three communities. *Sleep* 18:425–432, 1995
- Folstein M, Folstein S, McHugh P: "Minimal state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 12:189–198, 1975
- Fong TG, Jones RN, Marcantonio ER, et al: Adverse outcomes after hospitalization and delirium in persons with Alzheimer disease. *Ann Intern Med* 156:848–856, 2012
- Ganguli M, Dodge HH, Shen C, et al: Mild cognitive impairment, amnesic type: an epidemiologic study. *Neurology* 63:115–121, 2004
- George MS, Lisanby SH, Sackeim HA: Transcranial magnetic stimulation: applications in neuropsychiatry. *Arch Gen Psychiatry* 56:300–311, 1999

- Halter J, Ouslander J, Tinetti M, et al (eds): *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology*, 6th Edition. New York, McGraw-Hill, 2009
- Hänninen T, Hallikainen M, Tuomainen S, et al: Prevalence of mild cognitive impairment: a population-based study in elderly subjects. *Acta Neurol Scand* 106:148–154, 2002
- Inouye S: Delirium in older persons. *N Engl J Med* 354:1157–1165, 2006
- Inouye SK, Bogardus ST Jr, Charpentier PA, et al: A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients [see comments]. *N Engl J Med* 340:669–676, 1999
- Jeste DV: Tardive dyskinesia in older patients. *J Clin Psychiatry* 61 (suppl 4):27–32, 2000
- Kaplan E, Goodglass H, Weintraub S: *Boston Naming Test*. Philadelphia, PA, Lea & Febiger, 1983
- Katz I, Jeste D, Mintzer J, et al: Comparison of risperidone and placebo for psychoses and behavioral disturbances with dementia: a randomized double-blind trial. Risperidone Study Group. *J Clin Psychiatry* 60:107–115, 1999
- Koenig H, Meador K, Cohen H, et al: Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. *Arch Intern Med* 148:1929–1936, 1988
- Krishnan K, Hays J, Blazer D: MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 154:497–501, 1997
- Lee JS, Potter GG, Wagner HR, et al: Persistent mild cognitive impairment in geriatric depression. *Int Psychogeriatr* 19:125–135, 2007
- Lenze EJ, Rollman BL, Shear MK, et al: Escitalopram for older adults with generalized anxiety disorder: a randomized controlled trial. *JAMA* 301:295–303, 2009
- Lezak MD, Howieson DB, Loring DW: *Neuropsychological Assessment*, 4th Edition. New York, Oxford University Press, 2004
- Lisanby SH, Schlaepfer TE, Fisch HU: Magnetic seizure therapy of major depression. *Arch Gen Psychiatry* 58:303–305, 2001
- Lowenthal M: *Lives in Distress*. New York, Basic Books, 1964
- Lyketsos CG, DelCampo L, Steinberg M, et al: Treating depression in Alzheimer disease: efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: the DIADS. *Arch Gen Psychiatry* 60:737–746, 2003
- Lynch T, Aspnas A: Individual and group psychotherapy, in *The American Psychiatric Publishing Textbook of Geriatric Psychiatry*, 3rd Edition. Edited by Blazer DG, Steffens DC, Busse EW. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004, pp 443–458
- Meyers B: Geriatric delusional depression. *Clin Geriatr Med* 8:299–308, 1992
- Michelson D, Stratakis C, Hill L: Bone mineral density in women with depression. *N Engl J Med* 335:1176–1181, 1996
- Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, et al: The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc* 53:695–699, 2005
- Oslin DW, Mavandadi S: Alcohol and drug problems, in *Essentials of Geriatric Psychiatry*, 2nd Edition. Edited by Blazer DG, Steffens DS. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012, pp 223–241
- Reifler B, Teri L, Raskind M, et al: Double-blind trial of imipramine in Alzheimer's disease patients with and without depression. *Am J Psychiatry* 146:45–49, 1989
- Reynolds C, Dew M, Pollock B, et al: Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 354:1130–1138, 2006
- Roses A: Apolipoprotein E affects the rate of Alzheimer disease expression: beta-amyloid burden is a secondary consequence dependent on APOE genotype and duration of disease. *J Neuropathol Exp Neurol* 53:429–437, 1994
- Roses A: Genetic testing for Alzheimer disease: practical and ethical issues. *Arch Neurol* 54:1226–1229, 1997
- Slavin MJ, Brodaty H, Kochan NA, et al: Prevalence and predictors of "subjective cognitive complaints" in the Sydney Memory and Ageing Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 18:701–710, 2010
- Steffens DC, Fisher GG, Langa KM, et al: Prevalence of depression among older Americans: the Aging, Demographics and Memory Study. *Int Psychogeriatr* 21:879–888, 2009
- U.S. Food and Drug Administration: Public Health Advisory: Deaths with antipsychotics in elderly patients with behavioral disturbances. April 11, 2005. Available at: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/DrugSafetyInformationforHealthcare-Professionals/PublicHealthAdvisories/ucm053171.htm>. Accessed December 4, 2010.
- U.S. Food and Drug Administration: FDA Drug Safety Communication: Revised recommendations for Celexa (citalopram hydrobromide) related to a potential risk of abnormal heart rhythms with high doses. March 28, 2012. Available at: <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/ucm297391.htm>. Accessed July 1, 2013.



- Vahia IV, Lanouette LM, Jeste DV: Schizophrenia and paranoid disorders, in *Essentials of Geriatric Psychiatry*, 2nd Edition. Edited by Blazer DG, Steffens DC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012, pp 163–174
- Wechsler D: Wechsler Memory Scale–Revised Manual. San Antonio, TX, Psychological Corporation, 1987
- Welsh-Bohmer KA, Attix DK: Neuropsychological assessment of dementia, in *Essentials of Geriatric Psychiatry*, 2nd Edition. Edited by Blazer DG, Steffens DC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2012, pp 75–89
- Williams JW Jr, Barrett J, Oxman T, et al: Treatment of dysthymia and minor depression in primary care: a randomized controlled trial in older adults. *JAMA* 284:1519–1526, 2000
- Wu LT, Blazer DG: Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review. *J Aging Health* 23:481–504, 2011
- 
- ## Lecture consigliate
- 
- Alexopoulos GS, Katz IR, Reynolds CF III, et al: The Expert Consensus Guideline Series. Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. *Postgrad Med Special Report*, October 2001, pp 1–86
- Blazer DG: Psychiatry and the oldest old. *Am J Psychiatry* 157:1915–1924, 2000
- Blazer DG: Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 58:249–265, 2003
- Blazer DG, Steffens DC, Busse EW (eds): *The American Psychiatric Publishing Text-book of Geriatric Psychiatry*, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2009
- Inouye SK: Delirium in older persons. *N Engl J Med* 354:1157–1165, 2006