

La nostra società sta progressivamente invecchiando e il numero di persone oltre i 65 anni è in costante aumento. L'aumento della speranza di vita si è accompagnato ad un aumento di molte patologie e quelle psichiatriche sono in continuo aumento nell'anziano.

PATOLOGIE PSICHIATRICHE

- PARAFRENIA
- DISTURBI DELL'UMORE
- DISTIMIA
- DEPRESSIONE

PARAFRENIA

- La malattia tende ad insorgere nella presenilità. Inizia ed evolve progressivamente per poi assumere un decorso cronico e spesso stabilizzato che può durare per tutta la vita. È caratterizzata da illusioni e spesso da allucinazioni prevalentemente uditive, olfattive, gustative e cenestesiache, ma soprattutto dalla presenza di un delirio cronico ove prevale l'elemento immaginativo e fantasioso con dei contenuti assurdi, infantili e che sanno di favola: se il paziente si sente perseguitato, questo avviene tramite complicate e grottesche apparecchiature elettroniche. Altre volte si sente privato di organi vitali o responsabile della fine del mondo, o eterno. Altre volte ancora si crede figlio di grandi personaggi storici, o protagonista di eventi epici, o in comunicazione con forze ultra-terrene, o santo.

DISTURBI D'UMORE

La vasta classe delle patologie e sintomi che consistono in alterazioni o anomalie del *tono dell'umore* dell'individuo, che siano di entità tale da causare alla persona problemi o disfunzioni persistenti o ripetute, oppure di disagio marcato.

Si definisce disturbo bipolare I (o psicosi maniaco-depressiva) un disturbo dell'umore caratterizzato dal susseguirsi di episodi depressivi maggiori, di episodi maniacali o misti, e di periodi di relativo benessere.

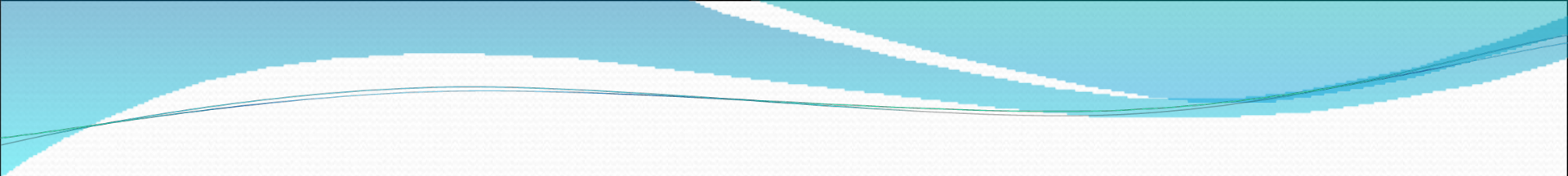
Si definisce disturbo bipolare II un disturbo dell'umore caratterizzato dal susseguirsi di episodi depressivi maggiori, episodi ipomaniacali, e periodi di relativo benessere. Rispetto al disturbo bipolare I si hanno episodi depressivi di minore intensità, ed episodi esclusivamente ipomaniacali.

Si definisce disturbo ciclotimico un disturbo bipolare caratterizzato dal susseguirsi di episodi depressivi maggiori e episodi ipomaniacali, senza periodi liberi da sintomi. Entrambi gli episodi depressivi e ipomaniacali hanno un quadro clinico attenuato rispetto al disturbo bipolare II, ma la caratteristica è data dall'assenza di intervalli liberi dalla malattia, che possono portare ad un impatto psicosociale e lavorativo molto più grave del disturbo bipolare. Il paziente è altamente instabile e non sono mai presenti periodi di remissione completa della sintomatologia.

DISTIMIA

La distimia è una forma di depressione minore nel senso che comporta una minore compromissione delle relazioni sociali e dell'attività lavorativa.

Si presenta con disturbi lievi ma con andamento cronico; solitamente (causa la relativa lievità degli effetti) si diagnostica tardivamente ossia quando i sintomi si protraggono già da uno o due anni. E' frequente che il malato non ne sia consapevole in quanto convinto che il disagio quotidiano sia parte integrante, da sempre, del suo carattere.

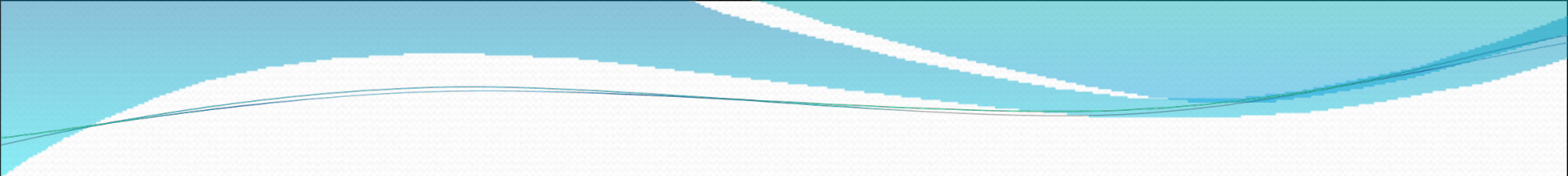


L'atteggiamento quasi perennemente cupo, triste e taciturno può facilmente causare stizza, se non rabbia, nel prossimo che lo considera solo un fastidioso pessimista che si crede assuma volontariamente codesto atteggiamento per cause che non vuole esprimere.

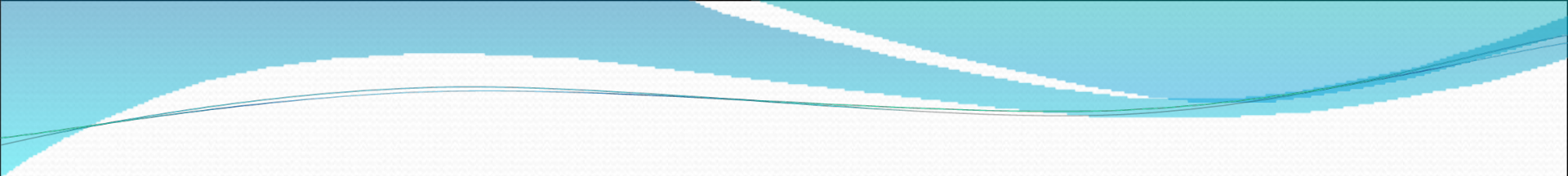
In questo modo si innesca un circolo vizioso che rafforza nel distimico la bassa autostima, l'insicurezza e l'autopercezione negativa accrescendo lo sconforto e l'introversione.



DEPRESSIONE



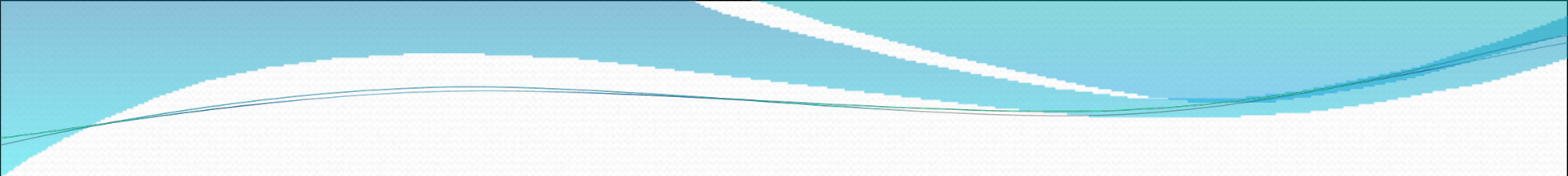
Nell'anziano prevale un concetto di "perdita": successi, riuscita e guadagni sono gradualmente rimpiazzati da perdite, ridotta attività, rimpianti e delusioni.



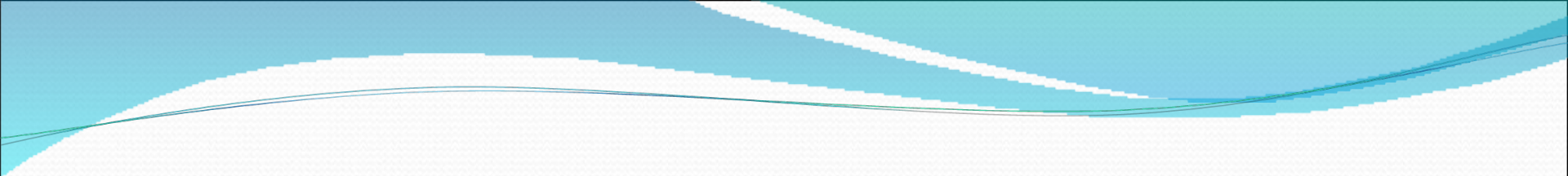
Vi è un aumento progressivo della tendenza alla introspezione, al ritiro dalle attività sociali, vi è una rinuncia progressiva ad una vita indipendente. Il tutto si accompagna ad una graduale perdita del “ruolo” avuto sino ad allora.



Noia e solitudine sono fattori
spesso presenti.



Questi cambiamenti nello stile di vita, questo progressivo “ritirarsi” vengono considerati come ineluttabili e normale espressione del processo di invecchiamento.

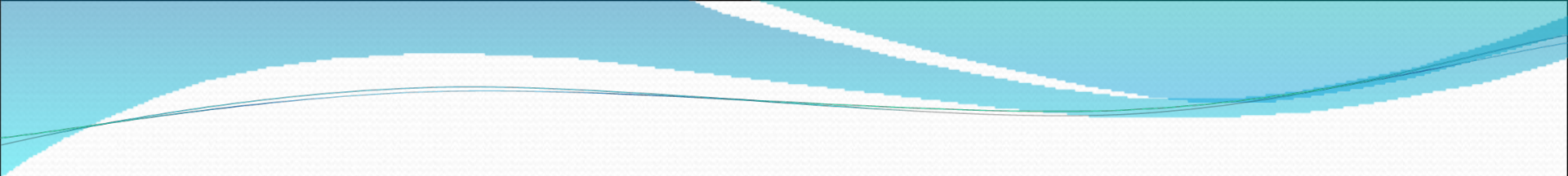


Queste convinzioni fanno sì che una modificazione di comportamento ed atteggiamenti non consoni siano ignorati od accettati come ineluttabili, mentre possono essere la spia, un segnale di una depressione mascherata.

La depressione può comparire sotto forma di un episodio durante l'età adulta e ripetersi a distanza di 30 /40 anni nell'età avanzata, oppure può comparire tardi nella vita ed i suoi sintomi (includendo alterazioni della memoria, deloquio e motricità rallentati) possono essere facilmente confusi con quelli di una senilità precoce o di un incidente vascolare cerebrale minore.



Si calcola che circa il 25%
delle persone al di sopra dei
65 anni soffra di depressione.



La depressione si può presentare con diversi sintomi, per esempio la tristezza, il senso di abbattimento e l'incapacità di provare emozioni piacevoli. A questi, in genere, si associano la perdita dell'interesse per le attività abituali e l'incapacità a prendere qualsiasi iniziativa o decisione.

Nell'anziano la depressione può essere causata da:

- eventi della vita (perdita del compagno, problemi di salute, ristrettezze economiche ecc.)
- malattie neurologiche (morbo di Parkinson)
- Endocrine (ipotiroidismo, morbo di Cushing)
- Malattie cardiache
- incidenti vascolari cerebrali
- artrite o artrosi
- cancro
- deficienze nutrizionali



I sintomi causano sempre un disagio clinicamente significativo con una compromissione del funzionamento sociale della persona

In genere la credenza che la depressione possa essere giustificata e spiegata dalle vicissitudini della vita del paziente anziano e sia quindi un evento normale è spesso un ostacolo alla diagnosi.

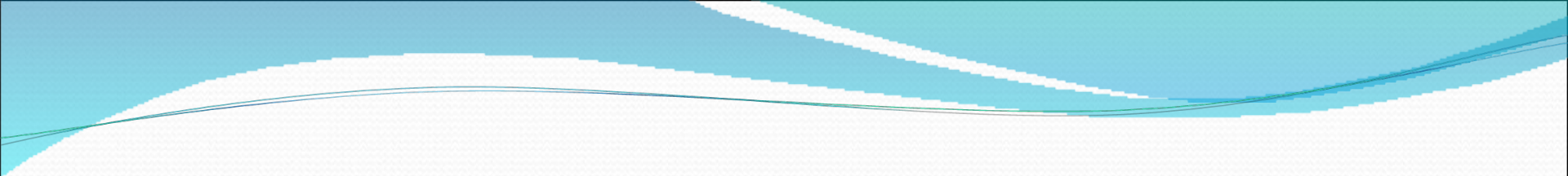
Altri elementi che ne rendono difficile l'identificazione ed il trattamento sono:

1. la tendenza delle persone anziane a ridurre le loro interazioni sociali
2. esprimere i loro sintomi con somatizzazioni
3. la frequente coesistenza di altre patologie mediche.

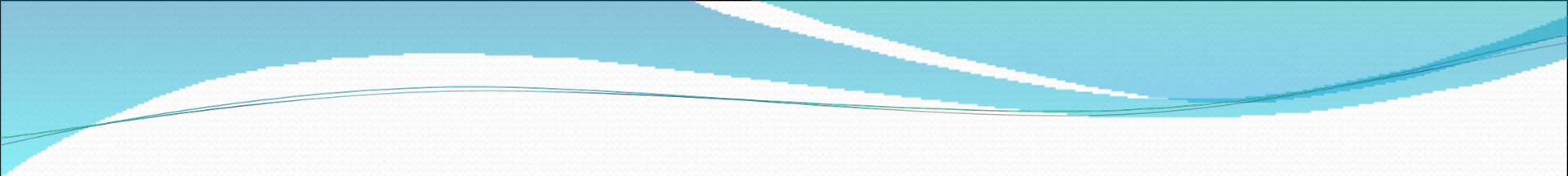
Un ulteriore ostacolo al trattamento di una depressione nella terza età è rappresentata dal fatto che gli anziani spesso pensano di “essere troppo vecchi per curarsi”, o che “il disturbo guarirà da solo”, o che “il cercare aiuto per la propria tristezza è un non senso”, o “una debolezza”.



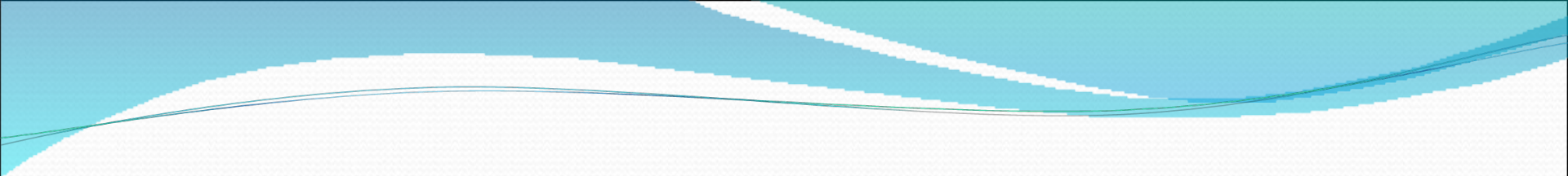
La depressione dell'anziano è
spesso una patologia reversibile
con un trattamento appropriato.



Le sue conseguenze possono essere gravi con una frequenza più elevata di ospedalizzazione, una più elevata mortalità ed un più elevato numero di suicidi.



D'altro canto studi recenti indicano che anche quando è riconosciuta, la depressione dell'anziano è raramente trattata in modo adeguato.



La depressione è una malattia che provoca una intensa sofferenza morale e fisica. Chi è depresso soffre e non è un qualcosa di immaginario che il malato si inventa, non è neppure un castigo divino, né è dovuta a colpe personali o ad una debolezza di carattere



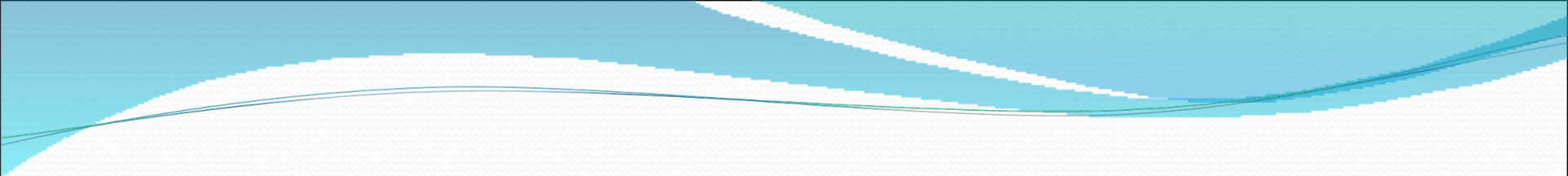
La depressione è una malattia che
va compresa, riconosciuta e curata.

I Sintomi principali della depressione nell'anziano sono:

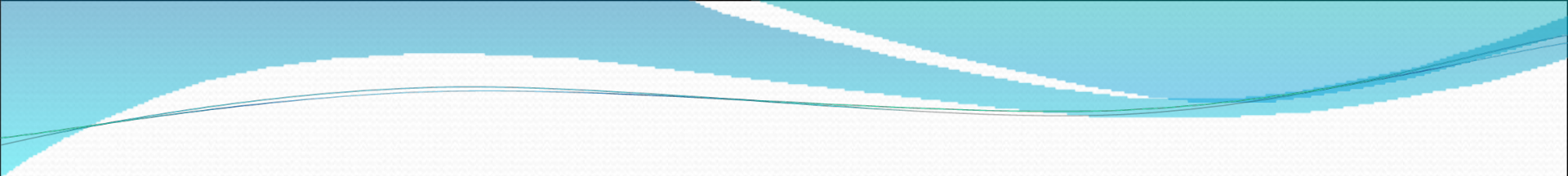
1. Umore moderatamente depresso.
2. Visione Pessimistica e negativa del mondo di sé e del futuro.
3. **Marcata diminuzione o scomparsa di interesse o di piacere per tutte o quasi le attività.**
4. **Significativa variazione nell'appetito e nel peso.**
5. Disturbi del sonno con insonnia o ipersonnia.
6. **Ansia ed agitazione immotivate o rallentamento attività psicomotoria** (osservabili e visibili agli altri).
7. **Riduzione della memoria** o deficit dei processi cognitivi, associato ad ideazione spesso delirante.
8. **Presenza di sintomi somatici.**
9. Faticabilità estrema e mancanza di energia quasi ogni giorno.
10. **Sentimenti** di auto-svalutazione e **di colpa** eccessivi ed inappropriati (possono essere deliranti e non sono dei semplici atti di auto-accusa per il fatto di essere ammalati).
11. Pensieri ricorrenti di morte, ricorrente ideazione suicidaria vuota senza un piano specifico, vuota con un piano specifico preciso e dettagliato.



**DEPRESSIONE NELL'ANZIANO:
COSA FARE?**



Chi vuole aiutare dovrebbe fare tutto il possibile per rassicurare chi soffre che la sua condizione non è unica, che non è solo, che la depressione non è un segno di debolezza (fisica o mentale), e nemmeno di follia.

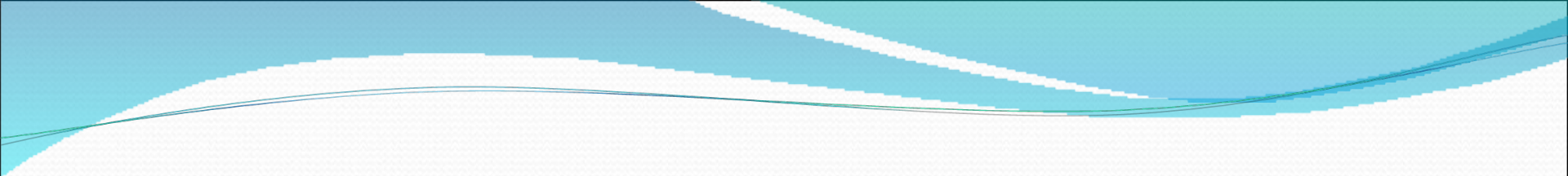


Ottenere una diagnosi corretta ed il trattamento adatto al suo caso: ciò significa incoraggiare la persona a cercare l'aiuto di uno specialista e convincerla a proseguire il trattamento una volta che questo è iniziato.

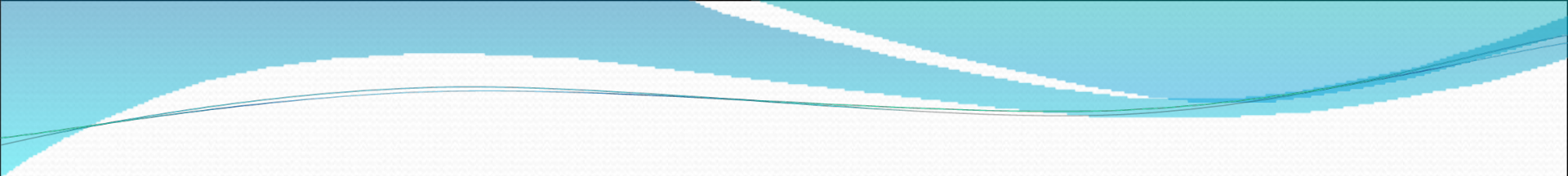
-.

Bisogna dare a chi soffre la possibilità di parlare a lungo delle sue difficoltà, delle sue infelici condizioni con qualcuno che voglia e sia in grado di comprenderlo, di comprendere la sua situazione e le sue necessità.

La salute mentale dell'anziano deve essere oggi un obiettivo clinico e sociale prioritario. Sintomi ansiosi e depressivi possono precedere o accompagnare l'Alzheimer, il Parkinson, l'ictus; frequente è la depressione mascherata dalle cosiddette lamentele somatiche. Ma, in generale, il disagio psico-affettivo influisce su tutti gli eventi patologici in età avanzata complicando la gestione del paziente.



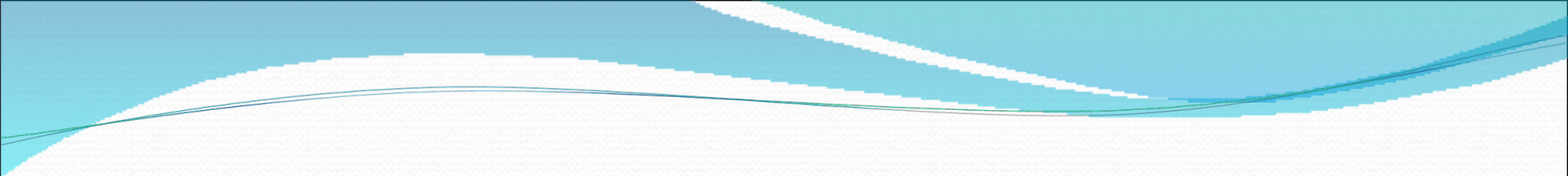
A questo tipo di sofferenza
risponde un approccio nuovo, che
integra competenze geriatriche,
psicologiche, neurologiche e
psichiatriche.



I farmaci usati nel trattamento dei disturbi dell'umore sono noti sotto il nome di antidepressivi e di stabilizzatori dell'umore. Vi sono molte classi di antidepressivi con caratteristiche ed effetti diversi



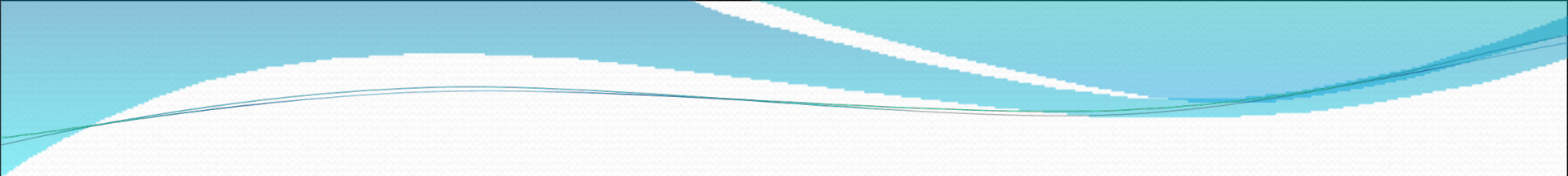
Il trattamento “giusto”, adeguato
darà un beneficio reale



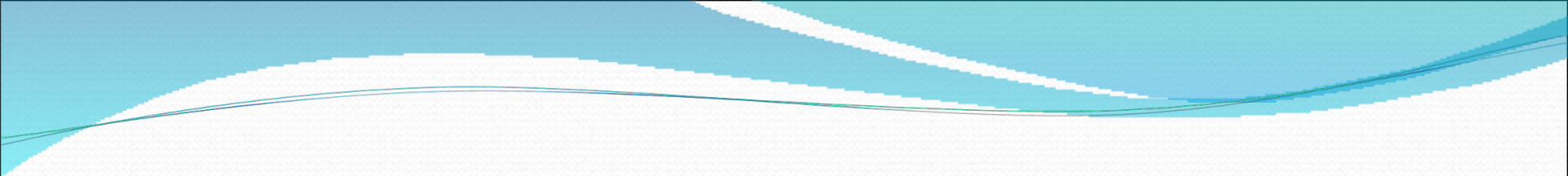
I farmaci agiscono normalizzando l'equilibrio biochimico che accompagna la sindrome depressiva ed esercitano la loro azione su alcune sostanze specifiche (dette neurotrasmettitori) che sono responsabili della trasmissione dei segnali e degli impulsi tra le varie aree e strutture cerebrali.



Vi sono numerose classi di antidepressivi.



Per quanto concerne gli antidepressivi triciclici essi sono poco indicati per l'anziano a causa dei numerosi effetti collaterali di tipo anticolinergico che ne rendono difficile l'uso in chi soffre di ipertrofia prostatica, di glaucoma, di transito intestinale rallentato. Inoltre, per il loro effetto anticolinergico centrale, possono influenzare negativamente memoria ed altri processi cognitivi. Sono inoltre cardio-tossici e possono alterare ulteriormente una funzione cardiaca già compromessa.



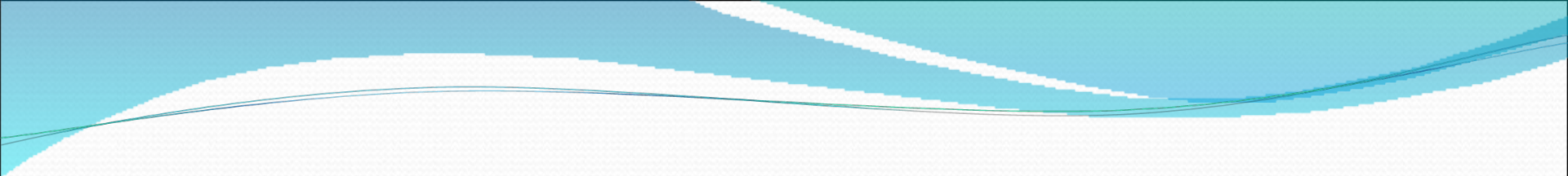
Negli ultimi anni è divenuto disponibile un nuovo gruppo di farmaci che sembrano agire in modo più selettivo sui neurotrasmettitori. Ricordiamo tra questi: gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI); gli inibitori selettivi della ricaptazione della noradrenalina e serotonina (SNRI) e gli inibitori selettivi della cattura della noradrenalina (NARI)



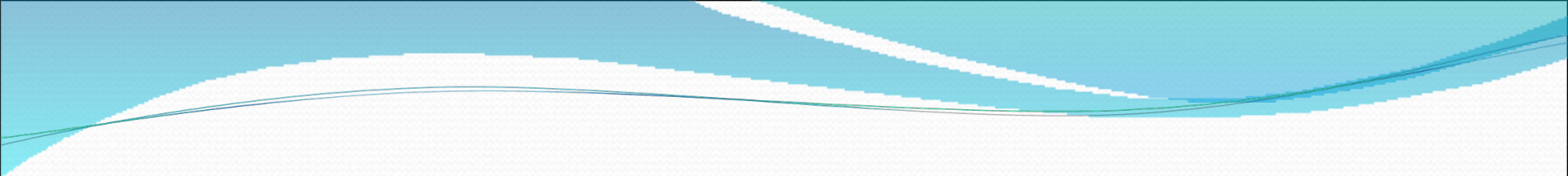
Va ricordato che i nuovi
antidepressivi sono spesso efficaci
nel ridurre anche i sintomi ansiosi
presenti nella depressione
dell'anziano.



Dati recenti indicano che oggi circa
il 30% della popolazione geriatrica
assume ansiolitici!



Dosi elevate o terapie prolungate possono aggravare la condizione depressiva ed indurre od aggravare atassia, cadute, amnesie e deliri. Lo stesso vale per i farmaci ipnotici e/o ipno-induttori.



Va ricordato e sottolineato che se un trattamento è iniziato, esso non va mai sospeso di propria iniziativa, senza l'accordo dello specialista.

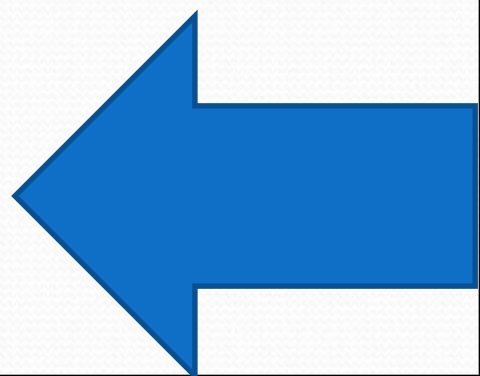


La depressione è un disturbo frequente nell'anziano e l'incidenza del suicidio in questo gruppo di età è considerevolmente elevata.

La diagnosi di depressione nell'anziano non è facile sia perché spesso il paziente presenta un quadro atipico, sia perché è spesso associata ad un quadro ansioso ed ad una elevata somatizzazione.

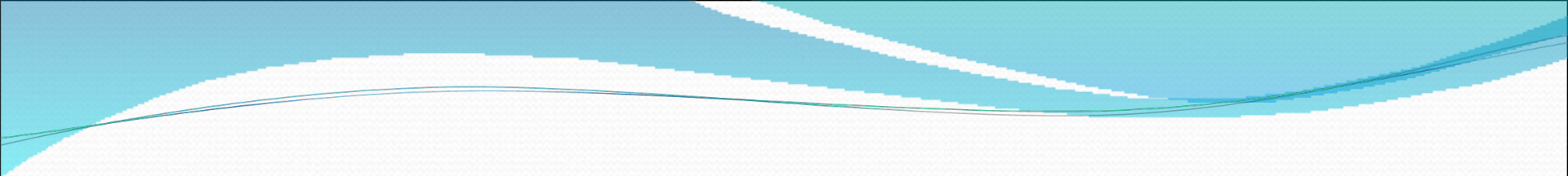
Nel processo diagnostico è importante valutare l'eventuale presenza di alterazioni ormonali (tiroxina e cortisolo) e di ipovitaminosi B12. Indagini ed esami con TAC (tomografia assiale computerizzata) e RMN (risonanza magnetica nucleare) possono essere utili per differenziare la depressione dell'anziano dalla demenza.

Il trattamento farmacologico non è facile sia per fenomeni di interazione tra farmaci, (quasi sempre presenti) dovuti alla politerapia, resa necessaria dalle concomitanti patologie mediche, sia per la presenza di queste patologie a volte in forma grave.



GERIATRI + PSICHIATRI

AMBULATORIO DI
PSICOGERIATRIA



Stati temporanei di tristezza, di scoramento, di delusione, di abbattimento di fronte ad una perdita, ad un insuccesso, ad una difficoltà o un problema economico, non sono depressione; tutti noi abbiamo vissuto e viviamo ogni giorno senza gravi conseguenze.



CHE FARE PER NON
COMPLCARE CON MALATTIA?



IMPEGNO SOCIALE



FAMIGLIA
UNITRE
VOLONTARIATO
GRUPPI PARROCCHIALI
SINDACATO
ECC.ECC.