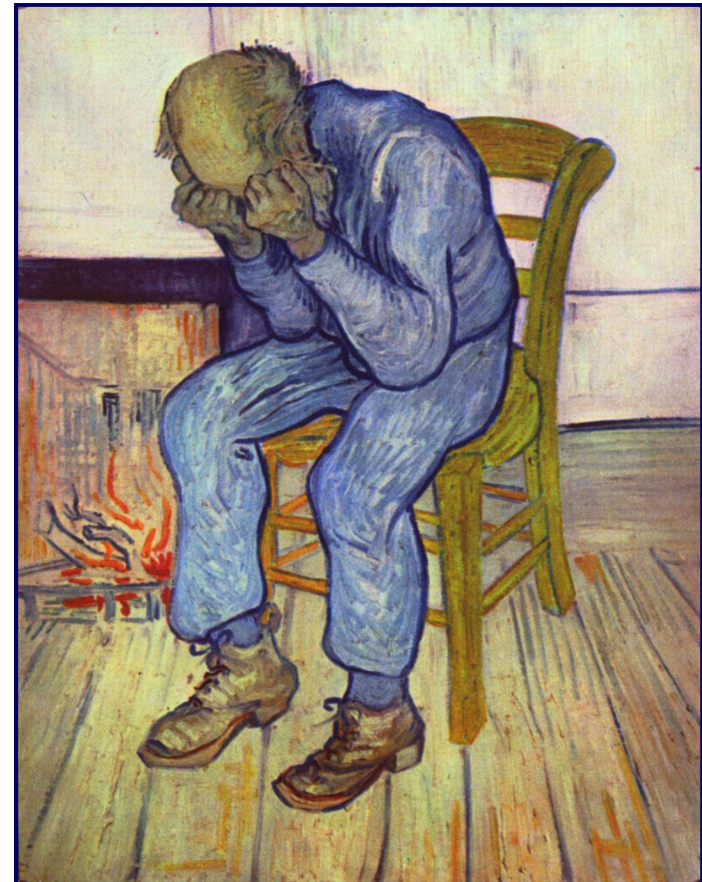




LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

Prof. Giovanni Zuliani



DEFINIZIONE DI DEPRESSIONE

1. La depressione è caratterizzata da uno stato patologico caratterizzato da umore triste e doloroso associato ad una riduzione dell'attività sia psicologica che fisica.

2. Per depressione si intende un insieme di sintomi che determinano **umore triste e “abbattuto”, mancanza di interesse e carenza impulsiva, inibizione motoria e psichica, con contenuti mentali tipicamente depressivi e con determinati disturbi somatici**

(Lindzey, Thompson and Spring, 1991)



Disturbo depressivo maggiore (DDM): noto anche come *depressione o disturbo unipolare*, è un disturbo depressivo episodico grave. I sintomi devono essere presenti per almeno 2 settimane e rappresentano una modificazione rispetto al funzionamento precedente. E' più comune nelle donne che negli uomini (2:1). Età mediana di esordio 40 anni, ma può manifestarsi ad ogni età.

Disturbo Depressivo Persistente (ex "Distimia"): meno grave del DDM, è più comune nelle donne. Esordio insidioso, andamento cronico. Si manifesta più spesso con storia di stress cronico o perdite improvvise; spesso coesiste con altri disturbi psichiatrici, ad esempio abuso di sostanze, disturbi di personalità e DOC.

Depressione reattiva o reazione depressiva: si ha quando i sintomi sono legati ad un evento scatenante (es. lutto, stress elevato). Si tratta di un fenomeno senza caratteri cronici (sintomi per meno di due mesi).

DSM IV - Episodio Depressivo Maggiore (Minore)

5 o più (> 2 < 5) dei seguenti sintomi devono essere presenti durante lo stesso periodo di due settimane e rappresentare un cambiamento rispetto alla funzionalità precedente; almeno uno dei sintomi deve essere l'umore depresso o la perdita di interesse o di piacere:

1. **Umore depresso** per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno, come indicato sia da un'osservazione soggettiva (sentirsi tristi o vuoti), sia osservato da altri (apparire piangente).
2. **Marcata perdita di interesse o di piacere (*anedonia*)** in tutte o quasi tutte le attività per la maggior parte del giorno, quasi ogni giorno (come indicato sia da un'osservazione soggettiva, sia osservato da altri).
3. **Significativa perdita di peso** (quando non a dieta) **o aumento di peso** (es. più del 5% di peso corporeo in un mese) **o diminuzione o aumento dell'appetito** quasi ogni giorno.
4. **Insonnia o ipersonnia quasi ogni giorno.**
5. **Agitazione o rallentamento psicomotorio** quasi ogni giorno (osservabile da altri, non sensazioni meramente soggettive di incapacità di rimanere fermo o di essere rallentati).
6. **Perdita di energia o stanchezza** quasi ogni giorno.
7. **Sentimenti di mancanza di valore o di colpa eccessiva o inappropriata** (che può essere delusionale) quasi ogni giorno (non meramente auto-punitivi o sul fatto di essere malati).
8. **Diminuita capacità di riflettere e concentrarsi o indecisione**, quasi ogni giorno (sia sensazioni soggettive, sia osservabili da altri).
9. **Pensieri ricorrenti di morte** (non solo paura di morire), ricorrenti ideazioni di suicidio senza un piano specifico o tentativi di suicidio o piani specifici di suicidio.

DISTURBO DEPRESSIVO PERSISTENTE (EX DISTIMIA)

E' un **disturbo cronico** caratterizzato da umore depresso che persiste per la maggior parte del giorno ed è presente nella maggior parte dei giorni.

Secondo il DSM IV le manifestazioni più caratteristiche del disturbo sono: **sentimenti di inadeguatezza, colpa, irritabilità e rabbia; ritiro sociale; perdita di interesse, inattività e mancanza di produttività.**

Il disturbo distimico **è comune** e colpisce il 3-5% di tutti gli individui; è più frequente tra le persone non sposate e giovani e in quelle a basso reddito. Inoltre spesso coesiste con altri disturbi mentali, soprattutto il disturbo depressivo maggiore, i disturbi d'ansia (attacchi di panico), l'abuso di sostanze e probabilmente il disturbo borderline di personalità.

I **criteri diagnostici** del DSM per il disturbo distimico richiedono la presenza di umore depresso per la maggior parte del tempo per **almeno 2 anni (cronico)**.

Il disturbo distimico è un disturbo caratterizzato non da episodi di malattia, ma piuttosto dalla **costante presenza dei sintomi**. Tuttavia, il paziente con disturbo distimico può presentare alcune variazioni temporali nella gravità dei sintomi. Gli stessi sintomi sono simili a quelli del disturbo depressivo maggiore e la presenza di **umore depresso** è un aspetto centrale del disturbo.

La **gravità** dei sintomi depressivi nel disturbo distimico è di solito **minore** che nel disturbo depressivo maggiore, ma è la mancaza di episodi discreti a far pesare la bilancia a favore della diagnosi di disturbo distimico.

Nella definizione del **DSM**, i sintomi psichici, psicomotori e psicosomatici che in misura maggiore o minore sono presenti nella depressione sono:

- **Psichici**: tristezza, disperazione, indifferenza, non provare sensazioni, vuoto interno, apatia, indecisione, inibizione, diminuita capacità attentiva e mnemonica, pessimismo, idee di morte, idee di rovina, auto-svalutazione, indegnità, senso di colpa.
- **Psicomotori**: rallentamento, ipomimia irrequietezza.
- **Psicosomatici**: insonnia e ipersonnia, senso di tensione, diminuzione delle forze, vertigini, ipotensione, dispnea, stipsi, colite, perdita di appetito, perdita di peso, senso di freddo, cardiopalmo, dolori diffusi.

Depressione Endogena o Maggiore (Freud): Profondo e doloroso scoramento, venir meno dell'interesse per il mondo esterno, perdita delle capacità di amare, inibizione di fronte a qualsiasi attività, avvilitamento del sentimento di sé che si esprime in auto-rimprovero o auto-ingiurie e culmina in un senso di colpa con l'attesa delirante di una punizione.

Depressione Reattiva (Breuler): Attenuatasi la dolorosa disperazione sulla propria disgrazia, riasciugate le lacrime, quando il peggio sembra superato, il soggetto si ritrova come impietrito, non ha più gli interessi di prima, niente più lo può rallegrare e avvincere, i familiari gli sono indifferenti la vita ha perduto ogni attrazione, le percezioni hanno perso rilievo e plasticità.

Depressione Cronica o Residua: Permangono con minor gravità i sintomi della fase acuta soprattutto il ritiro sociale, l'apatia, la scontentezza, il pessimismo. Il paziente non riesce a superare la perdita dell'oggetto, che continua a cercare ed a rimpiangere, rimproverando di continuo le persone con le quali entra in relazione, di non essere all'altezza dell'oggetto perduto o non raggiunto.

Depressione mascherata: Il disturbo somatico prevale sui sintomi psichici.

Depressione senile: Possono essere presenti inquinamenti paranoidei, ipocondria marcata, a volte confusione. Alcuni quadri devono essere differenziati dalla demenza.

Depressione organica: E' quella secondaria all'assunzione di alcuni farmaci (ad esempio reserpina) di allucinogeni o ad alcune patologie (malattie infettive, carcinoma del pancreas, ipotiroidismo).

Lo studio della depressione si avvale generalmente di due modelli:

Dimensionale

presuppone che la malattia si associ a un permanente stato di tristezza e che rappresenti la versione estrema di una condizione che tutti hanno provato e conosciuto.

Categorico

afferma che la depressione è una malattia distinta dalle altre manifestazioni emozionali.

Entrambi i modelli sono validi.

Che ci si avvii per gradi verso uno stato depressivo o che questo si scateni all'improvviso, si giunge in ogni caso in un luogo del tutto nuovo.

Conseguenze della depressione

**la depressione determina
outcomes avversi
in termini di salute,
pari o superiori
ad altre malattie croniche**

LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

La depressione è una patologia piuttosto frequente nel soggetto anziano.

Essa determina una **grave sofferenza** in chi ne è affetto specialmente quando non viene diagnosticata e perciò non viene trattata adeguatamente.

La depressione pesa non solo sul **malato** ma anche sulla sua **famiglia** e sulle **istituzioni sanitarie**: i depressi infatti consultano il medico 2 o 3 volte più frequentemente dei soggetti non depressi.

LA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

Nonostante gli anziani siano a rischio di depressione perché esposti a numerosi eventi di vita, la malattia è ancora **sotto-diagnosticata** e spesso viene erroneamente considerata un “corollario fisiologico” dell’invecchiamento.

Nell’anziano la depressione determina un:

- *aumento della **mortalità totale** (es: cardiovascolare, neoplasie)*
- *aumento della **mortalità per suicidio***
- *aumento della comparsa di **disabilità***
- ***peggioramento della prognosi** di molte malattie somatiche*
- *aumento della comparsa di **disturbi cognitivi***
- *aumento della **spesa sanitaria***

EPIDEMIOLOGIA

La prevalenza di ***episodi depressivi maggiori*** (secondo il DSM IV) nei soggetti > 65 anni è compresa tra **1-4%**, con un incremento fino al 10% nei soggetti > 85 anni.

Nella popolazione anziana generale la prevalenza di ***sintomi depressivi*** sarebbe compresa tra **13-27%**.

Negli **anziani istituzionalizzati** la prevalenza di depressione maggiore sarebbe compresa tra il **12%-16%**, mentre sintomi depressivi sono riscontrati nel **30-40%** dei soggetti.

Deve essere ricordato che nell'anziano è frequente il riscontro di ***forme depressive "minori"***, cioè di forme depressive che non soddisfano i criteri diagnostici formali di depressione maggiore.

EZIOLOGIA DELLA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

CAUSE BIOLOGICHE:

- (Genetica – ha meno valore nell'anziano)
- Perdita progressiva di sinapsi e/o neurotrasmettitori
- Malattia fisica

CAUSE PSICOLOGICHE:

- Perdita di autostima
- Malattia fisica

CAUSE SOCIALI:

- Isolamento, perdita di supporto sociale
- Lutto
- Perdita delle capacità economiche

ASPETTI NEUROBIOLOGICI DELLA DEPRESSIONE NEL SOGGETTO ANZIANO

- 1. *Atrofia cerebrale.*** La depressione a esordio tardivo (late-onset), sia maggiore che minore, può associarsi ad atrofia cerebrale, con riduzione del volume ***pre-frontale*** che correla alla ***gravità della malattia.***
- 2. *Riduzione di volume dell'ippocampo.*** Le anomalie dell'ippocampo sono frequenti negli anziani poiché questa struttura è particolarmente sensibile all'invecchiamento. Una riduzione del volume dell'ippocampo è frequente negli anziani depressi e correla con la ***durata della malattia;*** tuttavia non vi è accordo sul suo ruolo patogenetico. Glutammato, ipercortisolemia, stress ossidativo e danno vascolare potrebbero danneggiare l'ippocampo nell'anziano depresso.

(ASPETTI NEUROBIOLOGICI)

3. *Depressione vascolare.* E' un concetto relativamente recente che considera la ***patologia cerebrovascolare*** come correlata in senso eziopatogenetico alla comparsa di depressione nell'anziano.

La DV appare caratterizzata da:

- *presenza di fattori di rischio vascolare (es. diabete, ipertensione, dislipidemia)*
- *maggiore deterioramento cognitivo*
- *maggiore rallentamento psicomotorio, apatia*
- *minore ideazione a sfondo depressivo*
- *maggiore "resistenza" al trattamento farmacologico*

(ASPETTI NEUROBIOLOGICI)

3. Depressione vascolare

Alla TC o alla RMN sono evidenziabili ***lesioni ischemiche sottocorticali (infarti lacunari)*** nei nuclei della base e nella sostanza bianca.

Tali lesioni possono causare una disfunzione dei ***circuiti cortico-striato-pallido-talamo-corticali*** che, connettendo le ***aree limbiche*** alla ***corteccia pre-frontale***, sarebbero coinvolti sia nella modulazione dello ***stato affettivo*** che nell'organizzazione delle ***funzioni esecutive***, il cui deficit sarebbe patognomonico della depressione vascolare.

Figure AB-17: Limbic System
(Cross-Coronal Section)

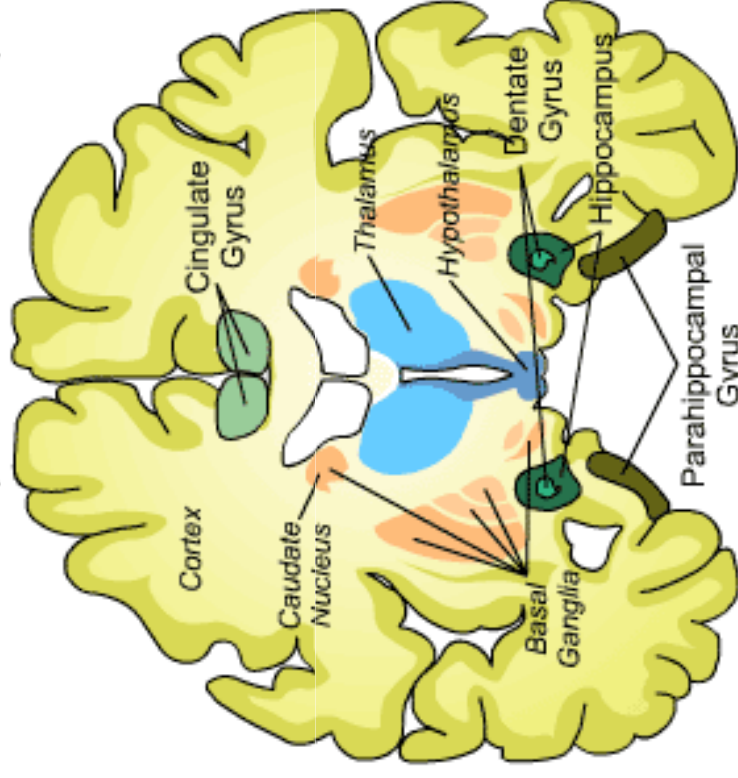
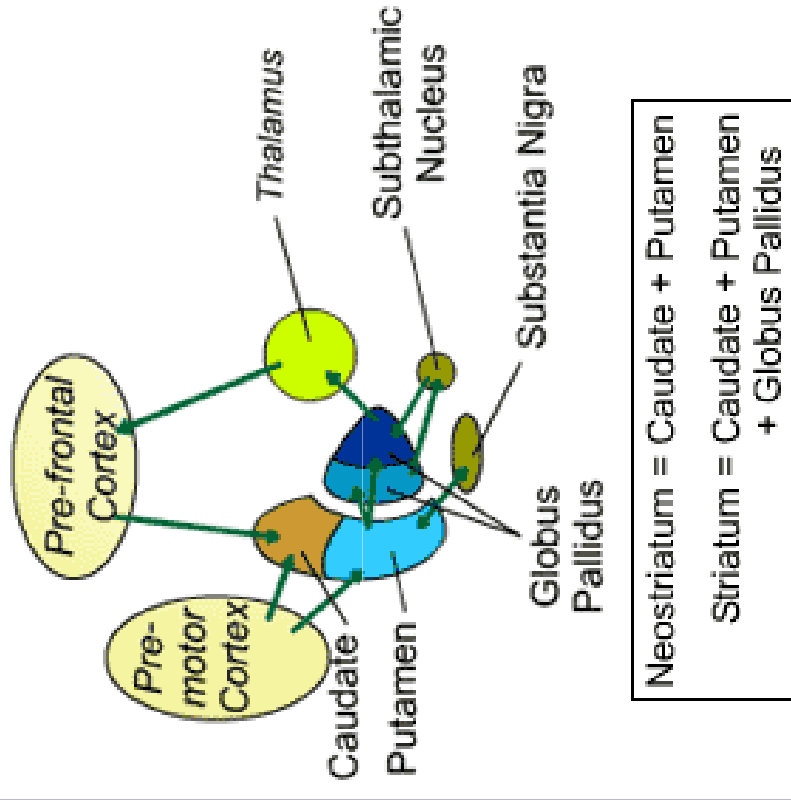


Figure AB-19: Basal Ganglia Pathways



Eventi di vita nell'anziano

- Alcuni aspetti della vita tipici della vecchiaia comportano un significativo rischio di depressione:
 - **perdita di persone amate e significative**
 - **assistenza a malati (caregiver)**
 - **trasferimenti (forzati)**
 - **cambiamenti di ruolo e posizione**
 - **conflitti cronici irrisolti**
 - **difficoltà economiche**
 - **mancanza di supporto sociale**



RIASSUNTO: SINTOMI DI DEPRESSIONE

- Umore depresso
- Perdita di interessi, anedonia
- Perdita di peso o alterazione dell'appetito con diminuzione o aumento (anoressia o bulimia)
- Insonnia o ipersonnia
- Rallentamento o agitazione psicomotoria
- Perdita di energia o affaticamento
- Sentimenti di colpa / perdita di autostima
- Difficoltà di concentrazione e decisionale
- Pensieri ricorrenti di morte o suicidio
- Mancanza di speranza

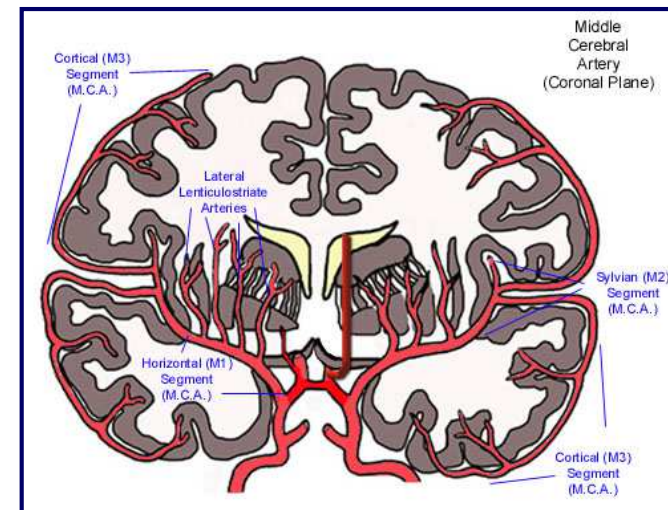
DEPRESSIONE NELL'ANZIANO 1

- **Umore depresso: solo nel 50% dei casi**
- Anamnesi familiare: spesso negativa
- Sentimenti di colpa e inadeguatezza
- Pensieri di morte e **suicidio** (rischio reale elevato)
- Frequenti i **disturbi cognitivi** (es: perdita di memoria)
- **Sintomi fisici** (astenia, affaticabilità, dispnea, dolore addominale e toracico, insonnia, iporessia, dispepsia)
- Lamentele di tipo ipocondriaco



DEPRESSIONE NELL'ANZIANO 2

- Atrofia cerebrale corticale
- Allargamento dei ventricoli laterali
- Leucoaraiosi (ipodensità alla TC della sostanza bianca sottocorticale – perdita di mielina)
- Presenza di lesioni ischemiche alla sostanza bianca profonda ed ai nuclei della base (microinfarti di tipo lacunare)



DEPRESSIONE NELL'ANZIANO 3

- E' frequente la ***mancata diagnosi***, sia da parte del soggetto stesso che del medico.
- I ***sintomi ipocondriaci*** sono presenti in una percentuale elevata di casi (60%).
- L'80% dei soggetti depressi di età > 50 anni è affetto da una ***concomitante patologia somatica***.
- Gli anziani soffrono più spesso di depressione maggiore con ***aspetti psicotici*** costituiti da deliri di colpa, di persecuzione, di rovina, ipocondriaci.

ASPETTI PECULIARI DELLA DEPRESSIONE NEL SOGGETTO ANZIANO

- Ridotte verbalizzazioni di tristezza
- Eccessiva preoccupazione per la propria salute fisica
- Lamentatele soggettive di deficit di memoria
- Marcata ansietà
- Apatia e scarsa motivazione
- Deficit cognitivi associati

Conseguenze della depressione nell'anziano

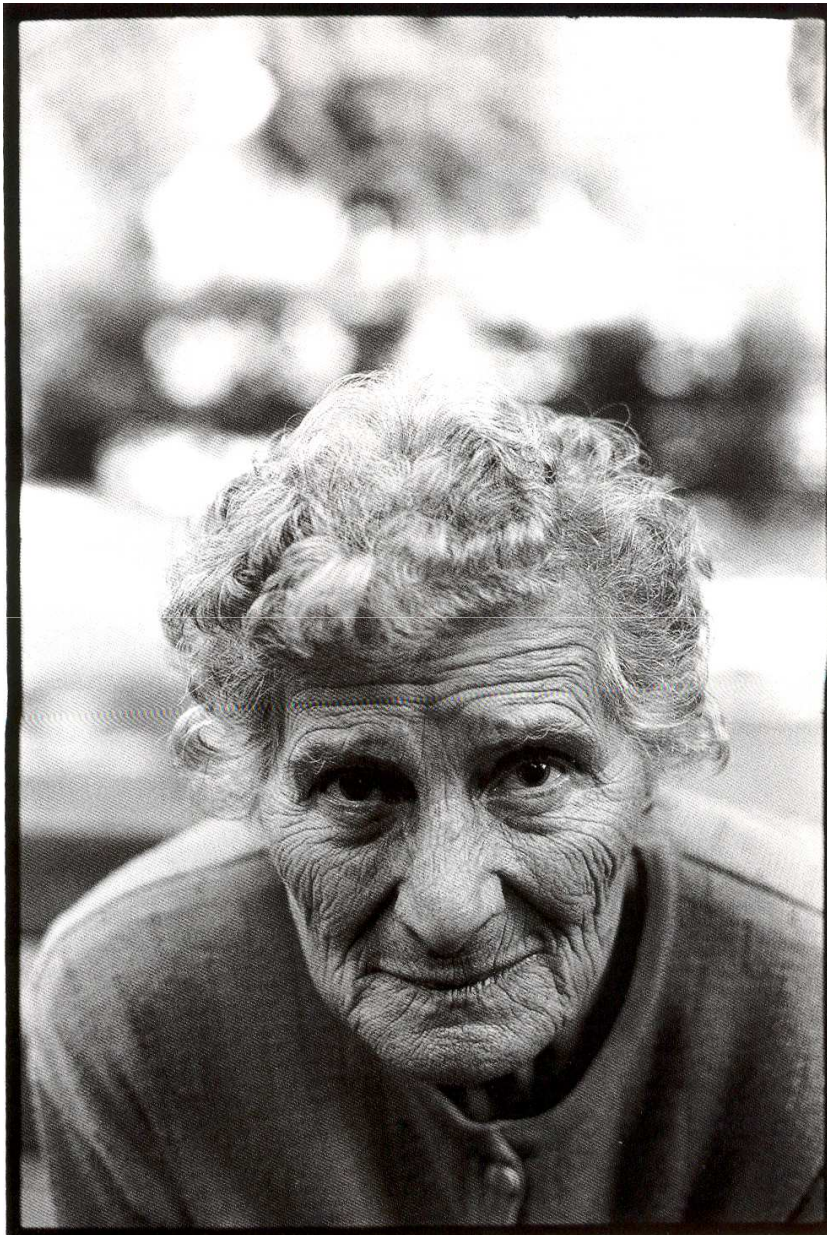
- Peggioramento del performance status
- Peggioramento dello stato funzionale
- Aumento della mortalità
- Aumento del tasso di riospedalizzazione
- Più precoce istituzionalizzazione

MALATTIE ASSOCIATE A DEPRESSIONE

- ***Demenza:*** sia tipo Alzheimer (15-20%) che vascolare
- ***Morbo di Parkinson*** (10-40%)
- ***Ictus*** (25-50% dei pz con ictus è depresso)
- Malattie della tiroide
- Malattie delle surrenali
- ***Malattie del cuore*** (cardiopatìa ischemica)
- Artrosi e artriti
- ***Diabete***
- ***Neoplasie*** (il 60% dei pz con K è depresso)
- Deficit nutrizionali (es. vit. B-12)

Condizioni mediche generali che possono indurre depressione

MALATTIE NEUROLOGICHE Malattia di Parkinson Malattia di Huntington Paralisi sovranucleare progressiva Malattia di Alzheimer e altre demenze Alterazioni cerebrovascolari Traumi cerebrali Neoplasie cerebrali Infezioni cerebrali Sclerosi multipla Epilessia Cefalee Narcolessia Idrocefalo Apnea notturna Malattia di Wilson	MALATTIE ENDOCRINE Morbo di Cushing Malattia di Huntington Iperaldosteronismo Ipotiroidismo Ipertiroidismo apatico Ipoparatiroidismo Iperparatiroidismo Disturbi del ciclo mestruale Disturbi correlati al post-partum	DEFICIT VITAMINICI Folati Vitamina B12 Niacina Vitamina C Tiamina
MALATTIE INFETTIVE Batteriche Virali	MALATTIE INFIAMMATORIE LES Artrite reumatoide Arterite temporale Sindrome di Sjögren	ALTRE MALATTIE Cancro (in particolare pancreatico e polmonare) Neoplasie sistemiche Malattie cardiopolmonari Malattie renali e uremia Porfiria AIDS Sindrome di Klinefelter
		DECORSO DI CONDIZIONI MEDICHE Disturbo depressivo post-partum Disturbo depressivo post-operatorio



DEMENZA O DEPRESSIONE?

“Le due più importanti malattie della vecchiaia sono la depressione e la demenza.

La sovrapposizione tra i sintomi della Depressione e della Demenza in pazienti anziani è ben conosciuta e può essere assai difficile separarle all'interno di categorie nosologiche differenti”.

LA COSIDETTA “PSEUDODEMENZA”

- E' una condizione, rara, in cui la depressione si presenta con un importante deterioramento cognitivo che ***viene interpretato erroneamente come stato demenziale.***
- La diagnosi differenziale tra pseudodemenza e demenza si basa su alcuni aspetti quali:
 - ***Insorgenza brusca dei sintomi***
 - ***Enfatizzazione delle proprie difficoltà***
 - ***Precedenti psichiatrici di tipo depressivo***
 - ***Scarsità di disturbi di memoria oggettivabili con i test***
 - ***Consapevolezza dei deficit mnesico***
 - ***Risposta alla terapia antidepressiva***

Depressione



Demenza

**manifestazioni
comuni**



Is Depression a Risk Factor for Dementia or Cognitive Decline?

A Review

A.F. Jorm

1. DEPRESSIONE COME **PRODROMO** DELLA DEMENZA
2. DEPRESSIONE COME **FATTORE DI RISCHIO** CAUSALE DI DEMENZA
3. DEPRESSIONE COME **REAZIONE PRECOCE** AL DECLINO COGNITIVO
4. LA DEPRESSIONE **ABBASSA LA SOGLIA** PER LA COMPARSA DI DEMENZA
5. LE **TERAPIE DELLA DEPRESSIONE** SONO FATTORI DI RISCHIO PER
DEMENTIA
6. DEPRESSIONE E DEMENZA **CONDIVIDONO FATTORI DI RISCHIO** COMUNI

Depressione: FdR o Prodromo della M. di Alzheimer ?

DEPRESSIONE

insorta da

Più di 25 anni

OR: 1.71 (1.03-2.82)

Depressione
come fattore di
rischio

Più di 10 anni

Più di 5 anni

Più di 1 anno

OR: 1.38 (1.03-1.85)

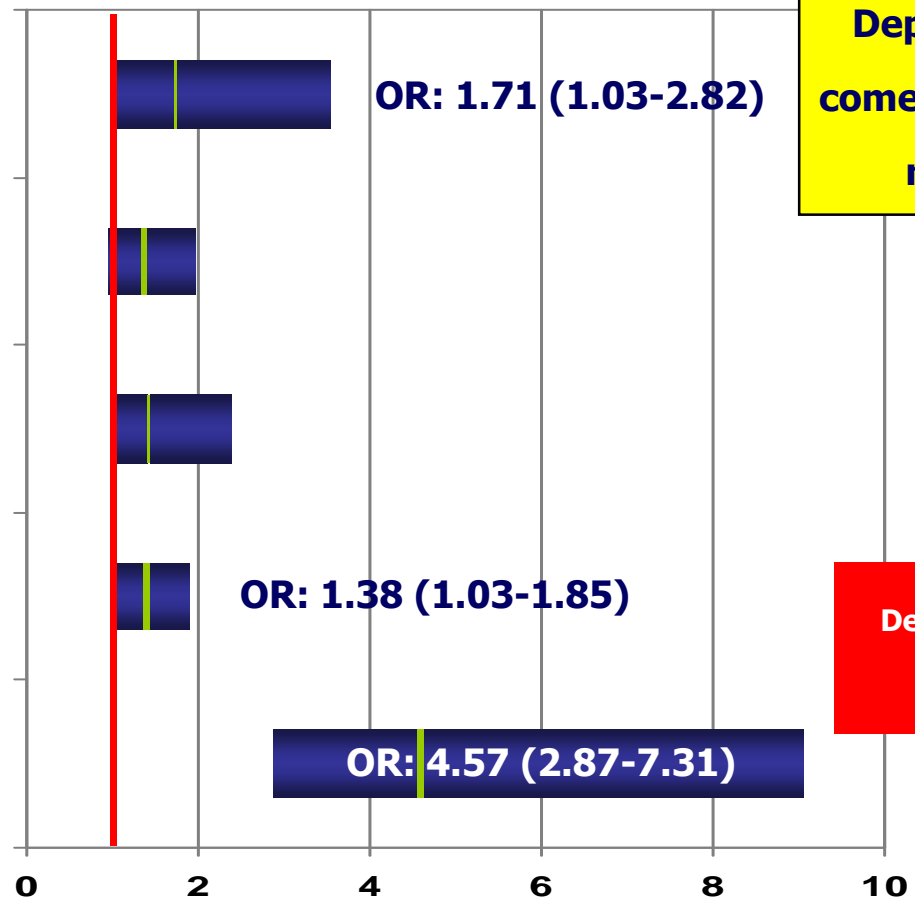
Depressione come
Prodromo

Meno di 1 anno

OR: 4.57 (2.87-7.31)

OR di
associazione
tra
Depressione
e LOAD

N= 4046



Aggiustato per: età, sesso, scolarità, traumi cranici, genotipo APOE

DEPRESSIONE E FARMACI NELL'ANZIANO

- Bisogna ricordare che alcuni farmaci possono causare disturbi del tono dell'umore negli anziani:
- ***Alfa-metil-DOPA***
- ***Benzodiazepine***
- ***Cimetidina***
- ***Clonidina***
- ***Cortisonici***
- ***Digitale***
- ***Estrogeni***
- ***Progestinici***
- ***Idralazina***

DEPRESSIONE NELL'ANZIANO & SUICIDIO

- Gli anziani che si suicidano sono più spesso depressi rispetto agli adulti che si suicidano.
- Il rischio di suicidio è aumentato di circa **7 volte** negli anziani depressi, rispetto agli anziani non depressi.
- Solo una piccola proporzione di anziani che si suicidano informa qualcuno delle proprie intenzioni (azione non dimostrativa).
- Spesso gli anziani che si suicidano hanno sofferto del loro primo episodio depressivo, che però non è stato diagnosticato né trattato.
- **Dovrebbe sempre essere indagata la presenza di ideazione suicidaria (NB: questo non sembra aumentare il rischio di suicidio).**

ANZIANO & SUICIDIO: aspetti biologici

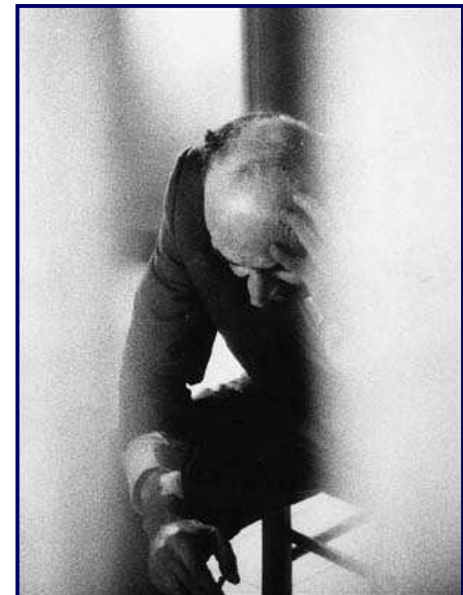
- M > F (negli anziani 9:1)
- Esiste una *familiarità* per suicidio (es. famiglia Hemingway)
- Sono spesso presenti *malattie somatiche*
- Vi è spesso *dolore o perdita di autonomia*
- Riduzione Serotonina – Noradrenalina
- Coinvolgimento asse ipotalamo-ipofisi-surrene

ANZIANO & SUICIDIO: aspetti sociali

- Solitudine – *Loliness* (> Femmine)
- *Perdite legate all'età*
- *Stress*
- *Problemi economici*
- *Supporto sociale*
- *Ridotte Interazioni sociali*
- (Livello culturale)
- Mezzi autolesivi (disponibilità)

DEPRESSIONE NELL'ANZIANO & DISABILITA'

- Negli anziani depressione e disabilità sono spesso associate; inoltre i depressi divengono più spesso disabili
- Il legame tra depressione e disabilità può essere determinato dalla presenza di:
 - ***Comorbilità***
 - ***Perdita dei contatti sociali***
 - ***Riduzione della attività fisica***



DEPRESSIONE NELL'ANZIANO: COSA FARE ?

- Identificare precocemente e trattare la malattia
- Trattare i disturbi deliranti
- Attenzione agli anziani alcolisti (auto-medicazione)
- Promuovere l'integrazione sociale
- Contrastare l'isolamento sociale
- Promuovere l'autonomia economica
- Preparare ed educare la comunità adulta all'invecchiamento futuro (geragogia)
- Educare il personale sanitario

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO DELLA DEPRESSIONE NELL'ANZIANO

- ***Triciclici:*** amitriptilina, imipramina, clomipramina
- ***Inibitori del reuptake della serotonina (SSRI):*** sertralina, fluoxetina, paroxetina, citalopram, escitalopram
- ***Inibitori del reuptake della noradrenalina (NaRI):*** reboxetina, viloxazina
- ***Antidepressivi specifici noradrenergici e serotonergici (NaSSA):*** mirtazapina
- ***Inibitori del reuptake della S e N (SNRI):*** venlafaxina, duloxetina