

Sintomi psichiatrici più frequenti

C. Pinquier, J. Lesouef

La diagnosi e il trattamento dei disturbi psichiatrici nel soggetto anziano fanno ricorso a conoscenze rese più impegnative a causa della variabilità della loro espressione clinica, della frequente presenza di patologie mediche croniche intercorrenti e dell'aumento del rischio che si instauri un deficit cognitivo. Sono affrontati i sintomi psichiatrici, in particolare l'ansia, il delirio, la depressione e alcuni disturbi comportamentali come l'aggressività, l'agitazione, la deambulazione, l'anoressia, l'incuria e l'apatia. L'ideazione suicidaria, la malinconia e la confusione devono essere riconosciute, diagnosticate e trattate rapidamente. I trattamenti farmacologici possono essere utili nella gestione di alcune situazioni psichiatriche, ma il medico prescrittore deve fare i conti con i rischi di effetti indesiderati sul piano cognitivo e comportamentale.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Sintomatologia psichiatrica; Ansia; Depressione; Delirio; Disturbi comportamentali

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Modificazioni comportamentali	2
Il soggetto è irritabile o aggressivo	2
Il soggetto non mangia più	2
Il soggetto è apatico	2
Il soggetto deambula	3
Il soggetto non si lava più	3
■ Sintomi psichiatrici	3
Il soggetto non ha più alcun interesse	3
Il soggetto delira	4
Il soggetto è ansioso	4
Il paziente demente agitato	5
■ Situazioni d'urgenza	5
Idee suicidarie: conoscerle e valutare il rischio di suicidio	5
Le depressioni melanconiche impongono un ricovero immediato	5
Accesso confusionale acuto	5
■ Conclusioni	6

■ Introduzione

Quando una persona anziana ha un comportamento insolito o inatteso, parlare di sintomi psichiatrici pone alcune questioni teoriche. Caratterizzare tali manifestazioni come derivanti da una sofferenza psicopatologica può sembrare incongruo, soprattutto quando non si ritrova alcun precedente o quando questi sintomi sembrano derivare direttamente da una lesione neurologica. Inoltre, le modificazioni farmacodinamiche e la pluripatologia legate all'età aggiungono dei vincoli supplementari relativamente agli effetti dei trattamenti comunemente utilizzati in psichiatria. Infine, nessuna di queste manifestazioni deve orientare a priori

verso un solo meccanismo eziologico (l'anoressia, per esempio, può derivare da una perdita di appetito associata a un dolore somatico, da una perdita di autonomia in rapporto con un'alterazione sensoriale, da un rifiuto alimentare in rapporto con una depressione e così via).

Queste condizioni confrontano, così, il medico a molte difficoltà nello specificare i problemi, nella loro gestione clinica e nell'instaurazione di soluzioni farmacologiche pertinenti. Nella pratica quotidiana geriatrica, la soluzione è di considerare queste manifestazioni come cambiamenti che costituiscono una rottura nello stile di vita abituale e come squilibri con lo stato anteriore ^[1].

Queste semeiologie incontrate negli anziani saranno, così, affrontate secondo diversi registri: dapprima, secondo la loro modalità di espressione e il loro carattere isolato o di associazione tra di loro e, in seguito, secondo il loro impatto, sapendo che possono interessare il registro psicopatologico, comportamentale o funzionale (anoressia, insonnia). Infine, questi disturbi possono intricarsi con patologie somatiche in modo successivo o contemporaneo. Disturbi psicopatologici e scompensi somatici peggiorano, allora, le rispettive prognosi, complicando, al tempo stesso, l'approccio diagnostico. L'ipotesi che le manifestazioni comportamentali derivino da una sindrome demenziale deve essere tenuta a mente, e questa possibilità sarà regolarmente riesaminata senza, peraltro, che la patologia psichiatrica eventualmente associata sia minimizzata, trascurata o, al contrario, considerata essenziale.

La risposta terapeutica è adeguata ad ogni storia, vale a dire in un approccio ecologico. La prescrizione di psicofarmaci non è necessariamente richiesta. Essa non è, peraltro, sufficiente e deve essere oggetto di un'informazione per il paziente e la sua famiglia (indicazione, posologia, durata, effetti indesiderati, compliance). Essendo, in primo luogo, una condizione perché la relazione possa essere ripristinata tra il paziente e il suo ambiente, essa deve essere soggetta a una rivalutazione regolare secondo tale prospettiva.

L'iter diagnostico e terapeutico è, quindi, difficile, se non singolare. Idealmente, deve essere oggetto di una riflessione collettiva che è, a volte, realizzabile nelle istituzioni, ma alcuni medici particolarmente isolati possono sentirsi impreparati di fronte a tali situazioni complesse. Allo scopo di promuovere gli scambi, sembra preferibile abbandonare il termine di "disturbi comportamentali", che va contro ogni riflessione diagnostica e oscura il fatto che questi disturbi sono, a volte, di origine puramente organica. Inoltre, questa designazione sottintende che esiste una patologia demenziale, essendo imprecisa, e può portare a reazioni inappropriate. Si preferirà, quindi, parlare di sintomi psichiatrici o di modificazioni comportamentali. L'utilizzo di questi termini ha spesso mostrato che essi favoriscono l'espressione, da parte delle persone vicine, di problematiche nascoste, ma, tuttavia, determinanti.

Questo punto è tanto più importante in quanto l'identificazione di questi sintomi, indipendentemente dalla loro natura, è raramente il risultato di un iter iniziale del paziente. La segnalazione è, il più delle volte, effettuata dalle persone vicine, che si trovano di fronte alle manifestazioni insolite del soggetto anziano e mostrano, così, le loro capacità di comprenderle, se non di tollerarle. L'inquietudine delle persone informa anche sulla loro propria concezione di invecchiamento accettabile, se non riuscito, e dei legami affettivi a cui ognuno è soggetto.

Sarà, quindi, proposto qui un approccio pragmatico alle situazioni psichiatriche più comuni, senza, peraltro, che si possa ritenere che ogni difficoltà debba trovarvi una soluzione definitiva. In tutti i casi, il medico è sempre esposto al rischio di trovarsi in un posto scomodo. Egli è coinvolto in storie spesso complesse e resta incerto di fronte alle aspettative delle persone vicine, che sono spesso mal espresse e, a volte, contraddittorie. Quando questi disturbi compaiono in istituzione, possono anche mettere in forse l'equilibrio abituale delle strutture e il rischio non è tanto dare una risposta insoddisfacente quanto lasciare che si instaurino delle condotte eccessive e arbitrarie che portano all'esclusione o, al contrario, all'iperprotezione dei loro autori.

“ Punto importante

Un approccio incompressibile nel suo iter diagnostico

- Tempo di indagine:
 - fattore organico eziologico, associato o aggravante
 - iatrogenia
 - maltrattamento
 - analisi semeiologica psichiatrica
- Tempo di incontro: con il paziente, la sua famiglia e l'equipe curante
- Tempo di riflessione:
 - collettiva, da ripetere, se necessario
 - individuando, per evitarle, le prese di posizione radicali e le decisioni arbitrarie per l'elaborazione di un progetto di cure

■ Modificazioni comportamentali

Queste situazioni mobilitano abitualmente le persone vicine, la rete medica e il dispositivo di sostegno sociale in cui il paziente è impegnato. Qualunque sia la sintomatologia, l'iter iniziale deve dedicarsi a garantire condizioni di mantenimento che consentano di affrontare la situazione nel suo insieme e di raccogliere ogni evento, dal più banale al più significativo (cambiamento delle abitudini di vita, modifica del trattamento, problemi somatici, morte di un parente). Parallelamente a questo lavoro di indagine, si tratta di un momento di incontro con il paziente,

ovviamente imprescindibile, e la famiglia, le persone vicine, ma anche i curanti. L'essenziale non è, in questa fase, ipotizzare un fattore causale, ma comprendere il tono generale degli attuali rapporti del soggetto con l'ambiente circostante, percepire l'atmosfera in cui si è verificata la modificazione comportamentale e avere una panoramica delle interazioni relazionali. Voler trovare subito una ragione o una spiegazione per una modificazione comportamentale espone, in effetti, al rischio di confermare solamente un'ipotesi costruita nel cerchio ristretto di un insieme di persone vicine al paziente, eccessivamente preoccupate. Tale approccio può avere conseguenze particolarmente negative per l'equilibrio di queste persone, che troveranno in queste affermazioni una conferma della fondatezza delle loro tendenze aggressive.

Peraltro, poiché il campo delle eziologie per la comparsa di tali sintomi è vasto ed eterogeneo, la diagnosi è complessa nel suo approccio e la risposta terapeutica è variabile nei suoi effetti, ogni osservazione annunciata a freddo od ogni decisione arbitraria non possono favorire un miglioramento duraturo dei disturbi. È opportuno procedere con cautela e rispettare tre principi generali ogni volta che sia possibile:

- innanzitutto, dedicarsi a riflettere in termini di sindromi ricercando elementi sufficienti a favore di una o di un'altra entità clinica;
- pensare, quindi, a quattro assi cardinali: le sindromi depressive, il dolore, la patologia iatrogena e la sofferenza familiare;
- infine, ricorrere agli psicofarmaci solo in caso di diagnosi chiara, evitando i trattamenti "alla cieca" (trattamento di prova) inadeguati (errore di classe farmacologica, di posologia, scarsa tolleranza) o insufficienti (in termini di posologia e durata).

Per illustrare questo iter di riflessione, si affrontano alcune situazioni cliniche.

Il soggetto è irritabile o aggressivo

Il carattere insolito di questi comportamenti e la rottura con il temperamento precedente devono portare a ricercare una patologia timica, principalmente una depressione (depressione agitata), ma anche uno stato maniacale o misto (mania disforica, depressione agitata)^[2]. Questa evoluzione del carattere si riscontra anche nel quadro di una sindrome demenziale. La demenza frontotemporale in particolare può comportare una tendenza all'impulsività e alla disinibizione.

Per ciascuna di queste situazioni cliniche, la diagnosi sarà posta sulla base del corteo dei sintomi che, di solito, le accompagnano. Le manifestazioni aggressive fanno pensare che alcuni ostacoli si oppongano a un'espressione più serena del disturbo. Questi ostacoli sono, in particolare, la difficoltà delle persone vicine ad ammettere l'insorgenza di una sindrome deficitaria, una disfunzione familiare mascherata o, ancora, una precedente alterazione della personalità.

Il soggetto non mangia più

L'anoressia ha un valore altamente simbolico, qualunque sia il meccanismo che ne è alla base: opposizione, perdita del gusto e, più in generale, di interesse, delirio di avvelenamento e così via. La dimensione sociale dell'attività di alimentazione è fondamentale e ricorda l'importanza di comprendere le dinamiche relazionali che sottintendono qualsiasi disturbo del comportamento alimentare. I comportamenti anoressici sono il risultato di pazienti per i quali sono, a volte, identificate delle carenze affettive profonde e arcaiche. La ricerca di una grave depressione di tipo melanconico è, tuttavia, imprescindibile e conferisce al quadro clinico un grado d'urgenza terapeutica. Il fatto che sia messa in forse la prognosi vitale impone, in particolare, di realizzare delle indagini cliniche e laboratoristiche mirate per identificare possibili complicanze e correggerle, se necessario.

Il soggetto è apatico

Un comportamento apatico fa sospettare la presenza di una sindrome depressiva, ma anche quella di una malattia

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8757769>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8757769>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)