

Le allucinazioni nell'anziano

Le allucinazioni visive si verificano frequentemente nelle persone anziane in corso di malattie dementigene o talora ne sono il primo segno. Il fenomeno va ricercato in quanto spesso non riferito e richiede un'attenta valutazione e un costante monitoraggio ed eventualmente trattato farmacologicamente sulla base di criteri definiti, considerando anche un approccio di tipo ecologico

Almeno una volta nella vita quasi tutti sperimentiamo allucinazioni, solitamente al risveglio o durante la fase di addormentamento. Sono fenomeni fisiologici, generalmente associati a fattori scatenanti (deprivazione sensoriale, tossici) ed episodici. Nell'anziano, invece, la comparsa di allucinazioni è spesso espressione di patologia degenerativa e talora ne è il primo segno.

■ Caratteristiche

Le allucinazioni nell'anziano sono quasi esclusivamente visive e si possono distinguere in semplici e complesse.

Le allucinazioni semplici - punti, linee o improvvise luci - si verificano principalmente in patologie oculari, di solito retiniche, o comunque in patologie caratterizzate da ridotto input visivo.

Le allucinazioni complesse, costituite da vere e proprie immagini che sono percepite in maniera nitida, più raramente da intere scene, sono generalmente associate alle demenze degenerative.

Per "allucinazione visiva" si intende la percezione di un'immagine in assenza di un corrispondente stimolo esterno. Si tratta generalmente di persone note o familiari (genitori defunti o persone del vicinato) o qualche volta sconosciuti. A volte le immagini possono riferirsi ad animali di casa o animali sgradevoli (serpenti o formiche), molto raramente vengono allucinati oggetti. Le figure possono essere in movimento e interagire con il paziente,

ma spesso restano immobili. Le caratteristiche della dispercezione sono coerenti con la realtà: figure ben definite, intere, di dimensioni e colori normali, talora vividi e adeguatamente orientati nello spazio. Più raramente sono allucinate vere e proprie scene, la cui complessità può essere sorprendente. Uno dei nostri pazienti, per esempio, riferiva di vedere tre uomini vestiti di nero, col cappello sul capo, che gli andavano incontro; un altro paziente di vedere chiaramente la moglie, a letto, con un uomo (spesso il figlio!), un altro ancora riferiva di vedere scene complesse di incidenti stradali.

Le immagini si possono ripresentare nel tempo, spesso in modo identico. Le allucinazioni hanno comparsa improvvisa e breve durata, nell'ordine dei minuti. È interessante notare che tendono a ripresentarsi nello stesso luogo, dove spesso il paziente passa più tempo e possono scomparire se egli si sposta, probabilmente perché è il luogo che stimola la comparsa dell'allucinazione.

La precisione con cui sono descritte e la singolarità della presentazione possono indurre al sospetto di psicosi. Una nostra paziente anziana, cognitivamente integra, affermava di vedere distintamente degli uomini piccoli, forse dei nani, che saltellavano, giocando, e le apparivano quando si affacciava dalla finestra di notte. La paziente sviluppò poi lentamente una demenza.

In realtà è molto difficile che una psicosi esordisca in età avanzata, per cui qualunque paziente anziano in cui siano comparsi improvvisa-

mente allucinazioni e/o deliri deve essere attentamente monitorizzato nel tempo, perché con molta probabilità svilupperà una demenza.

■ Neurotrasmettitori

Sia l'acetilcolina sia la dopamina sono coinvolti nella genesi delle allucinazioni. Studi recenti hanno dimostrato che è essenzialmente il disequilibrio tra le loro reciproche quantità a determinarle. Che la diminuzione di acetilcolina sia correlata alle allucinazioni è noto fin dal Medioevo: "le erbe per volare", infatti, che permettevano l'allucinazione del viaggio, contenevano un potente inibitore di acetilcolina. Inoltre l'acetilcolina ha un ruolo determinante nelle funzioni cognitive e di attenzione. Non stupisce quindi che le allucinazioni siano correlate significativamente al deficit di questo neurotrasmettitore.

Anche la dopamina interviene nella modulazione dell'attività corticale, particolarmente attraverso i recettori D2 e D4, ed è noto che i farmaci che agiscono su questi recettori diminuiscono le allucinazioni (antipsicotici).

Per molti anni la frequente comparsa di allucinazioni durante la malattia di Parkinson è stata attribuita alla terapia con levodopa (L-dopa); attualmente si ritiene che allucinazioni visive possano essere indotte da L-dopa solo in concomitanza di un deficit di acetilcolina. La terapia con L-dopa nei parkinsoniani non sarebbe quindi sufficiente di per sé a indurre allucinazioni, se non in presenza di una contemporanea ipoattività colli-

nergica. Questo è un aspetto particolarmente importante, poiché ha un'ovvia ricaduta terapeutica.

■ Patologie

Le allucinazioni visive sono frequenti soprattutto in patologie degenerative quali malattia di Parkinson, demenza e demenza a corpi di Lewy. Sono invece meno frequenti nella malattia di Alzheimer, anche se sono comunque presenti nel corso della malattia.

■ La malattia di Alzheimer è una patologia degenerativa caratterizzata dal progressivo deterioramento delle funzioni cognitive, soprattutto della memoria. È la forma più frequente di demenza e l'incidenza aumenta notevolmente con l'aumentare dell'età ed è maggiore nel sesso femminile. La maggior parte di questi pazienti presenta disturbi del comportamento. Le allucinazioni sono prevalentemente di tipo visivo e riguardano principalmente persone note o animali. Sono descritte come chiare e precise, prevalgono nelle ore serali e hanno una frequenza abbastanza elevata (più volte al mese).

■ La malattia a corpi di Lewy è una patologia dementigena, caratterizzata da fluttuazione dello stato cognitivo, parkinsonismo e soprattutto allucinazioni visive, che in questi pazienti sono particolarmente vivide e dettagliate, spesso molto disturbanti, con reazioni emotive forti.

■ Nella malattia di Parkinson le allucinazioni visive sono complicanza cronica in circa il 50% dei pazienti trattati e generalmente compaiono nella seconda metà del decorso della malattia. Sono ancora più frequenti nei pazienti affetti da Parkinson demenza. I fenomeni allucinatori più diffusi in tali pazienti sono semplici e di tipo visivo. Prevalgono le allucinazioni lillipuziane di insetti o animali piccoli. Altre volte sono fugaci visioni di persone, adulti o bambini, immagini colorate o meno, statiche e silenziose; sono rare le allucinazioni complesse o strutturate.

È importante ricordare che nelle persone anziane, soprattutto nei pazienti dementi, spesso le allucinazioni vi-

sive sono indotte da farmaci, in particolare da quelli ad attività anticolinergica utilizzati in oftalmologia, anestesia, cardiologia etc. In passato anche i farmaci ad azione dopaminergica erano considerati, soprattutto nei pazienti con Parkinson, responsabili della comparsa di allucinazioni visive, ma la stretta correlazione tra assunzione di levodopa e comparsa di allucinazioni è considerata attualmente molto debole.

■ Approccio non farmacologico

Il primo approccio terapeutico a un paziente anziano affetto da demenza con allucinazioni visive è di tipo ecologico. È importante migliorare l'illuminazione dei luoghi in cui soggiorna il paziente per migliorare la percezione degli oggetti esterni. Una ridotta visibilità potrebbe causare una ridotta attivazione sensoriale e quindi allucinazioni visive. È utile spostare il paziente in un contesto differente. Come accennato, un luogo particolare può fungere da trigger per le allucinazioni. Bisogna eliminare situazioni stressanti che possono fungere da stimolo (per esempio cambi di abitazione o di abitudini, luoghi troppo rumorosi, ecc).

Anche tentare di distrarre il paziente può essere utile: utilizzando oggetti "più attraenti" (per esempio una foto di un caro o un oggetto molto colorato) è possibile che il paziente distolga l'attenzione dall'immagine allucinata. Infine è importante cercare di rassicurare il paziente senza contraddirlo e senza insistere per convincerlo dell'assurdità della sua visione.

Va controllata la terapia in atto.

■ Approccio farmacologico

Un trattamento farmacologico con antipsicotici dovrebbe essere iniziato solo nel caso in cui gli accorgimenti sopra elencati non siano sufficienti e se i sintomi psicotici causino disagio al paziente e/o mettano a repentaglio la vita del paziente o del caregiver. I neurolettici rappresentano tuttora la classe di farmaci più utilizzata (in particolare i più recenti antipsicotici atipici) e, sebbene siano stati condotti numerosi studi su queste molecole, le

evidenze scientifiche non sono conclusive riguardo la loro efficacia e maneggevolezza nel paziente anziano.

In linea di massima si può affermare che i neurolettici tradizionali, quali clorpromazina o tioridazina, sono da evitare nel paziente anziano per i loro effetti anticolinergici, l'ipotensione e la sedazione e possono inoltre determinare l'allungamento all'ECG dell'intervallo QT. Aloperidolo e flufenazina hanno meno effetti anticolinergici, ma determinano maggiormente effetti extrapiramidali e di discinesie tardive. Risperidone, olanzapina, quetiapina sono attualmente i più utilizzati per la loro efficacia e perché causano minori effetti collaterali i quali, tuttavia, non sono assenti.

Le alterazioni della trasmissione colinergica, che sono ritenute alla base dello sviluppo di allucinazioni, rendono ragione dell'efficacia del trattamento con inibitori delle colinesterasi. Dati recenti dimostrano che gli inibitori delle colinesterasi (donepezil, rivastigmina, galantamina) sono di solito efficaci nell'indurre diminuzione e scomparsa delle allucinazioni nelle malattie neurodegenerative. Infine un recente lavoro ha valutato l'effetto del citolampram verso risperidone nel trattamento dei disturbi psicotici in pazienti dementi e il risultato è stato che non c'è una differenza significativa tra i due farmaci, ma risperidone ha più effetti collaterali.

■ Conclusioni

È importante conoscere le caratteristiche fenomenologiche delle allucinazioni visive nelle persone anziane, poiché esse costituiscono un sintomo che spesso non è riferito spontaneamente dal paziente e va quindi ricercato con attenzione ed eventualmente trattato sulla base di criteri definiti.

BIBLIOGRAFIA

- Alzheimer Europe. Manuale per prendersi cura del malato di Alzheimer. Federazione Italiana Alzheimer, 1999.
- Bayley J. Elegia per Iris. Ed Rizzoli, Milano 2000.
- Ploton L. La persona anziana. Ed Raffaello Cortina, Milano 2003.
- Pollock BG et al. *Am J Geriatr Psychiatry* 2007; 15: 942-52.