

LES PSYCHOTROPES CHEZ LES ÂÎNÉS

IL FAUT LEVER LE PIED!

Madame D., 64 ans, ayant des antécédents connus d'anxiété et de dépression, vous est envoyée par son médecin en raison d'une perte d'autonomie. Depuis six mois, elle est apathique, a cessé de cuisiner, néglige son hygiène, est désorientée, souffre d'incontinence urinaire et ne peut plus rester seule. Ses pilules pourraient-elles être en cause ?

Jean-François Trudel et Jessika Roy-Desruisseaux

POURQUOI PRESCRIRE DES PSYCHOTROPES DIFFÉREMMENT CHEZ LES ÂÎNÉS ?

Avec le vieillissement, l'organisme devient plus sensible aux effets thérapeutiques et toxiques des psychotropes (tableau I¹). Les personnes âgées prennent souvent plusieurs médicaments. Leurs multiples problèmes de santé les rendent plus vulnérables, d'où le risque d'interactions et d'effets indésirables synergiques. Les médicaments sont responsables de plus de 10 % des hospitalisations des aînés et de près de 20 % des octogénaires¹!

QUELS SONT LES RISQUES GÉNÉRAUX DES PSYCHOTROPES CHEZ LES ÂÎNÉS ?

La sédation est à surveiller : somnolence excessive et léthargie peuvent nuire aux activités de la vie quotidienne et domestique. L'hypotension orthostatique est courante. Ces deux effets, combinés aux difficultés de mobilité des personnes âgées, peuvent provoquer des chutes et des blessures graves (fractures, hématomes). Le risque de chute augmente d'environ 1,5 à 1,6 fois en cas de consommation de psychotropes, qu'il s'agisse d'antidépresseurs, d'antipsychotiques classiques et atypiques ou de benzodiazépines^{2,3}. Enfin, le cerveau de la personne âgée, souvent fragilisé par la démence ou d'autres lésions cérébrales, est très vulnérable au delirium et à ses conséquences : troubles cognitifs temporaires ou soutenus, perte d'autonomie et taux de mortalité accru.

POURQUOI SE MÉFIER DES ANTIPSYCHOTIQUES ATYPIQUES CHEZ LES ÂÎNÉS ?

Les aînés sont beaucoup plus susceptibles d'être atteints de parkinsonisme, même avec les antipsychotiques atypiques qui, en principe, en causent moins que leurs prédécesseurs, les antipsychotiques de première génération. On doit donc prescrire des doses inférieures à celles qui sont suggérées pour les adultes⁴ (tableau II¹³). Les gens âgés

sont également plus sensibles aux effets hypotenseurs de ces molécules. Leur mobilité en souffre, ce qui augmente le risque de chute.

Depuis deux ans, Monsieur R., 74 ans, est irritable et grossier en société. Son médecin soupçonne une démence de type frontotemporale en installation. Pour tenter de réduire son degré d'irritabilité, il lui donne de la rispéridone à raison de 0,75 mg, 2 f.p.j. Après quelques semaines, Monsieur R. est très figé, bouge au ralenti, marche à petits pas et s'avère incapable de se lever d'une chaise ou de son lit sans aide. Par ailleurs, il est tout aussi irritable. De trois à quatre semaines après l'arrêt de la rispéridone, il a retrouvé sa mobilité normale.

LA DYSKINÉSIE TARDIVE EST-ELLE CHOSE DU PASSÉ ?

La dyskinesie tardive consiste en des mouvements hyperkinétiques, le plus souvent de la bouche (mouvements de succion des lèvres, claquement ou protrusion de la langue), des paupières (clignements des yeux) et des mains (mouvements circulaires ou d'extension-flexion des doigts et des poignets), mais parfois également du tronc (mouvements giratoires du bassin) et des membres inférieurs (piétinements). Le risque de dyskinesie est proportionnel à la dose et à la durée d'utilisation d'un antipsychotique. Cet effet indésirable apparaît après au moins quelques mois, est souvent très inconfortable, peu traitable, irréversible et peut paradoxalement s'aggraver lorsqu'on arrête l'agent causal!

Avec les antipsychotiques classiques, l'incidence de cet effet est d'environ 5 % par année d'utilisation. Ce chiffre tombe à quelque 0,8 % avec les antipsychotiques atypiques, soit six fois moins, sauf chez les aînés où l'incidence est la même que chez les adultes prenant de l'halopéridol

Le Dr Jean-François Trudel, psychiatre, exerce au CSSS-IUGS et au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke où il est directeur du Département de psychiatrie. Il est professeur titulaire au Département de psychiatrie de l'Université de Sherbrooke. La Dre Jessika Roy-Desruisseaux, psychiatre, pratique au CSSS-IUGS et est professeure chargée d'enseignement au Département de psychiatrie de la même université.

TABLEAU I | MODIFICATIONS PHARMACOLOGIQUES LIÉES À L'ÂGE¹

	Modification avec l'âge	Effet potentiel
Pharmacocinétique		
Absorption	L'absorption est peu touchée.	
Distribution	Il y a une diminution de l'albuminémie avec une élévation de la fraction libre.	L'activité et la toxicité du médicament peuvent être augmentées malgré un taux sérique normal (ex. : acide valproïque).
	Une perte de la masse maigre se fait au profit de la masse grasse.	Les substances liposolubles s'accumulent avec une toxicité accrue (ex. : benzodiazépines et antipsychotiques).
Métabolisme	La clairance des médicaments par le système des cytochromes P450 est irrégulièrement diminuée.	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Certains médicaments ou métabolites actifs s'accumulent (ex. : antidépresseurs tricycliques). ▶ Plusieurs interactions peuvent se produire (ex. : warfarine et carbamazépine).
Élimination	Le taux de filtration glomérulaire diminue avec l'âge : de 40 % à 50 % des personnes âgées de plus de 70 ans souffrent d'insuffisance rénale chronique.	Les taux sériques des médicaments excrétés par le rein (ex. : acide valproïque et lithium) sont plus élevés.
Pharmacodynamique		
Sensibilité des récepteurs	Les médicaments ont un effet plus important sur le système nerveux central, notamment sur les récepteurs anticholinergiques, dopaminergiques et histaminiques.	La plupart des psychotropes sont associés à de la sédation et au délirium.
	L'appareil cardiovasculaire est moins performant et la réactivité des récepteurs adrénergiques est modifiée.	La bradycardie et l'hypotension orthostatique sont plus fréquentes, causant chutes et syncopes (ex. : antipsychotiques, tricycliques).
Barrière hémato-encéphalique	La barrière hémato-encéphalique devient plus poreuse et l'expression de la glycoprotéine-P est diminuée.	Certains médicaments pénètrent dans le système nerveux central de façon plus importante (ex. : antipsychotiques).

(donc 5 % par année d'utilisation!)⁵. Les antipsychotiques ne devraient donc être prescrits aux gens âgés qu'en présence d'une indication probante, à la dose efficace la plus faible et le moins longtemps possible.

QUE PENSER DE LA MISE EN GARDE CONCERNANT LES ANTIPSYCHOTIQUES CHEZ LES PERSONNES ATTEINTES DE DÉMENCE ?

Les antipsychotiques augmentent d'un facteur de 1,5 à 2 le risque de décès ou d'accident vasculaire cérébral en cas de démence, d'où la mise en garde^{6,7}. Malgré tout, les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (agitation, agressivité, hallucinations et idées

délirantes), qui peuvent avoir de lourdes conséquences sur le patient et son entourage, nécessitent régulièrement le recours à des antipsychotiques atypiques. Pensons, par exemple, aux blessures qui peuvent survenir dans un tel contexte et à l'épuisement des soignants. Bien que les études soient contradictoires, ces symptômes mal traités pourraient aussi être associés à une morbidité et à une mortalité accrues et entraîner une détérioration cognitive plus soutenue⁸. Les antipsychotiques atypiques sont alors modérément efficaces. Un essai thérapeutique est ainsi souvent justifié (encadré⁶). Après quelques mois, un sevrage peut être tenté, le besoin étant souvent transitoire et l'arrêt, possible⁹.

Le risque de chute augmente d'environ 1,5 à 1,6 fois en cas de consommation de psychotropes, qu'il s'agisse d'antidépresseurs, d'antipsychotiques classiques et atypiques ou de benzodiazépines.



TABLEAU II | COMPARAISON DES DOSES RAISONNABLES D'ANTIPSYCHOTIQUES*13

	Chez l'adulte	Chez la personne âgée
Rispéridone (Risperdal)	0,5 mg/j – 6 mg/j	0,125 mg/j – 1,5 mg/j
Olanzapine (Zyprexa)	2,5 mg/j – 20 mg/j	1,25 mg/j – 10 mg/j
Quétiapine (Seroquel)	150 mg/j – 300 mg/j, 2 f.p.j.	12,5 mg/j – 100 mg/j, 2 f.p.j.
Aripiprazole (Abilify)	10 mg/j – 30 mg/j	2 mg/j – 15 mg/j

* L'ainé atteint d'un trouble mental de longue date pourra avoir besoin de la dose recommandée pour un adulte.

LES ANTIPSYCHOTIQUES CLASSIQUES ONT-ILS ENCORE LEUR PLACE ?

Depuis l'avènement des antipsychotiques atypiques, les antipsychotiques classiques sont beaucoup moins employés. Bon nombre de patients atteints de maladies psychotiques, stables depuis des années, les tolèrent toutefois bien. Il n'est, par conséquent, pas nécessaire de changer une recette gagnante. Cependant, il est rare aujourd'hui de commencer par ces molécules, qui peuvent provoquer des symptômes extrapyramidaux et anticholinergiques comme l'hypotension.

L'halopéridol reste l'antipsychotique classique le plus étudié contre l'agressivité et l'agitation liées au delirium et devrait probablement être prescrit de préférence aux antipsychotiques atypiques¹⁰. En effet, il entraîne peu de manifestations anticholinergiques et hypotensives et s'administre de plusieurs manières (voies orale, sous-cutanée, intramusculaire) de façon sûre. Les doses doivent néanmoins être modestes (ex. : donner d'abord 0,5 mg, deux fois par jour au besoin).

FAUT-IL ÉVITER LE LITHIUM CHEZ L'AÎNÉ ?

Le lithium demeure le traitement de référence de la maladie bipolaire. Il est également utile contre la dépression réfractaire et en prophylaxie des dépressions récurrentes. Il faut toutefois être prudent : sa marge thérapeutique étroite doit être respectée, sinon on expose le patient au risque d'intoxication (diarrhée, tremblements diffus, hyperréflexie, ataxie, dysarthrie, somnolence évoluant vers le delirium ou le coma, insuffisance rénale).

La personne âgée peut répondre au lithium tout aussi bien que le patient plus jeune, mais ses reins sont moins efficaces : pour atteindre le même taux sérique, il faut réduire la dose d'environ la moitié. Chez l'adulte, on vise

ENCADRÉ

ANTIPSYCHOTIQUES CONTRE CERTAINS SYMPTÔMES* DE LA DÉMENCE⁶

- ▶ Ratio intervention/préjudices (NNH) = 100
- ▶ Ratio intervention/avantages (NNF) = 9 – 25

* Symptômes psychologiques et comportementaux : agressivité, agitation, hallucinations et idées délirantes.

une concentration sérique entre 0,6 mmol/l et 1,2 mmol/l. Cependant, chez la personne âgée, la fourchette est plutôt de 0,4 mmol/l à 0,7 mmol/l¹¹, même moins chez certains, car le cerveau est plus « sensible ». Gare aux interactions qui peuvent augmenter la lithémie (hydrochlorothiazide, anti-inflammatoires non stéroïdiens, inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine) ou provoquer une neurotoxicité synergique (bloqueurs des canaux calciques, anticonvulsivants).

Il faut vérifier le taux sérique de lithium tous les trois mois ; celui de la créatinine et la TSH deux fois par année au minimum. L'apparition d'une insuffisance rénale nécessitera au moins un ajustement à la baisse des doses et possiblement une réévaluation de l'indication.

Madame L., 68 ans, souffre de maladie affective bipolaire et prend du lithium (300 mg, 2 f.p.j.) depuis plus de dix ans. Depuis environ neuf mois, son entourage la trouve confuse et désorganisée : elle sort dehors peu habillée par grand froid, se mêle dans ses doses de warfarine, conduit son auto dans la voie de gauche. L'équipe de suivi croit à un début de démence. Sa lithémie n'inquiète pas son médecin, car elle est dans l'intervalle thérapeutique, soit entre 0,9 mmol/l et 1,1 mmol/l. À l'examen, Madame L.

Les aînés sont beaucoup plus à risque de parkinsonisme, même avec les antipsychotiques atypiques qui, en principe, en causent moins que leurs prédécesseurs, les antipsychotiques de première génération. On doit donc prescrire des doses inférieures à celles qui sont suggérées pour les adultes.

TABLEAU III | LES ANTIDÉPRESSEURS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE¹³

Inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS)

- ▶ Globalement bien tolérés. Commencer au bas de la fourchette thérapeutique, voire à la moitié de la dose de départ habituelle, augmenter à la dose thérapeutique rapidement si le médicament est bien toléré.
- ▶ Risque accru d'un léger parkinsonisme ou d'une diminution d'équilibre, risque de chutes.
- ▶ Risque plus élevé d'un syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique ou d'hyponatrémie, surtout pendant les premières semaines. Il est raisonnable de vérifier le taux des électrolytes de trois à quatre semaines après le début du traitement.
- ▶ Fluoxétine (Prozac) : demi-vie très longue et nombreuses interactions. À éviter.
- ▶ Paroxétine (Paxil) : demi-vie allongée et taux sérique jusqu'à quatre fois plus élevé chez l'ainé, nombreuses interactions, peut causer des effets anticholinergiques, médicament le plus susceptible de provoquer des réactions de sevrage en cas d'arrêt brusque. Moins recommandée chez la personne âgée.
- ▶ Citalopram (Celexa) : ne pas dépasser 20 mg chez la personne de plus de 65 ans (recommandation de Santé Canada : risque d'allongement de l'intervalle Q-T).

Inhibiteurs du recaptage de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN)

- ▶ Venlafaxine (Effexor XR) : doses généralement comparables aux doses chez l'adulte, mais commencer par 37,5 mg, dépasser rarement 150 mg. Peut causer de l'anxiété, de la tachycardie et une augmentation de la pression artérielle.
- ▶ Duloxétine (Cymbalta) : doses comparables aux doses chez l'adulte.

Agent sérotoninergique spécifique et noradrénergique : mirtazapine (Remeron)

- ▶ Choix intéressant en cas d'insomnie, d'anxiété, de perte de poids.
- ▶ En général bien toléré. La clairance peut être ralentie par l'âge, commencer par 7,5 mg, dépasser rarement 30 mg.
- ▶ À surveiller : sédation, hypotension, effets anticholinergiques.

Inhibiteur du recaptage de la noradrénaline et de la dopamine (IRND) : bupropion (Wellbutrin)

- ▶ Bien toléré chez l'ainé ; utile en présence de ralentissement psychomoteur, d'apathie.
- ▶ Exacerbation possible de l'anxiété ou de l'insomnie.
- ▶ À éviter en cas de risque de convulsions.
- ▶ Réduction possible de la clairance par l'âge ; commencer par 100 mg, 1 f.p.j.

est ralentie et dysarthrique, sa démarche est instable et elle obtient 16/30 au mini-examen de l'état mental. Elle est donc hospitalisée. Sa dose de lithium est ramenée à 300 mg au coucher, ce qui fait baisser son taux sérique à 0,45 mmol/l. Après six semaines, elle n'a plus de symptômes neurologiques. Elle a retrouvé son autonomie et obtient 28/30 au mini-examen de l'état mental.

LES ANTIDÉPRESSEURS SONT-ILS TOUS SÛRS CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE ?

Les antidépresseurs modernes sont généralement bien tolérés et faciles à prescrire chez la personne âgée. Les doses doivent toutefois être au bas de la fourchette thérapeutique. En général, la molécule choisie ne doit pas comporter trop d'interactions ; sa demi-vie ne doit être ni trop longue, ni trop courte. Les meilleurs choix comprennent le citalopram, la sertraline, la mirtazapine, la venlafaxine

et le bupropion¹². On préférera la monothérapie aux associations pour limiter les effets indésirables.

Les antidépresseurs tricycliques ont encore leur place en cas d'échec des nouveaux antidépresseurs. Cependant, leurs effets indésirables sont plus fréquents et dangereux (ralentissement de la conduction cardiaque, hypotension orthostatique, effets anticholinergiques). Il faut choisir les mieux tolérés, soit la désipramine ou la nortriptyline, puis commencer par la plus petite dose possible et ne prescrire qu'exceptionnellement plus de la moitié de la dose thérapeutique destinée à l'adulte plus jeune. Des dosages sériques peuvent être utiles pour vérifier si on a atteint ou dépassé les marges thérapeutiques reconnues. Le tableau III¹³ résume les principales recommandations et mises en garde.

L'halopéridol reste l'antipsychotique classique le plus étudié contre l'agressivité et l'agitation liées au delirium et devrait probablement être prescrit de préférence aux antipsychotiques atypiques.



FIGURE 1 | L'HORLOGE DE MADAME D.

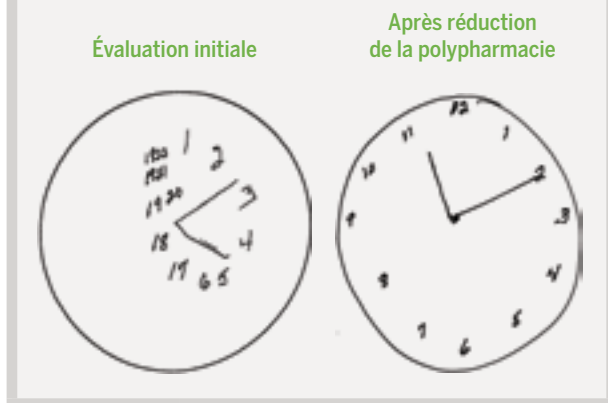
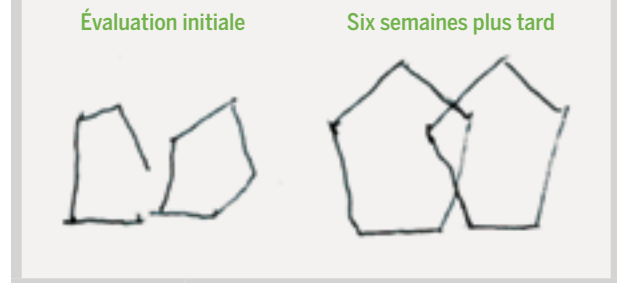


FIGURE 2 | LES PENTAGONES DE MADAME D.



28/30 au mini-examen de l'état mental et 14/18 au BREF. Voici son test de l'horloge et son dessin des pentagones avant et après les modifications pharmacologiques (figures 1 et 2).

LES BENZODIAZÉPINES, TOUT LE MONDE EN PREND, POURQUOI S'EN FAIRE ?

Plusieurs personnes âgées signalent des difficultés de sommeil et se voient remettre une ordonnance de benzodiazépine, sans compter celles qui en prennent de façon régulière depuis longtemps. Ces molécules ne sont pas toutes égales en ce qui a trait aux effets nuisibles chez les aînés (chutes, troubles cognitifs et sédation). Celles à privilégier ont une demi-vie courte ou intermédiaire et n'ont pas de métabolite actif (lorazépam, oxazépam et téma-zépam). Le clonazépam peut aussi être employé, il faut se rappeler qu'un milligramme de cette benzodiazépine équivaut à 4 mg de lorazépam et que sa demi-vie est de dix-huit à cinquante heures. Chez la personne âgée, il ne faut pas dépasser de 25 % à 50 % de la dose administrée à un adulte, quoiqu'une tolérance puisse s'être développée après plusieurs années¹³.

RETOUR SUR LE CAS DE MADAME D.

Madame D., que l'on vous a présentée au tout début de notre article, est désorientée et incontinente. Elle prend de nombreux médicaments psychotropes :

- ▶ lithium, 600 mg/j;
- ▶ quétiapine (Seroquel), 800 mg/j;
- ▶ mirtazapine (Remeron), 30 mg/j;
- ▶ paroxétine (Paxil), 30 mg/j;
- ▶ lévomépromazine (Nozinan), 100 mg/j;
- ▶ flurazépam (Dalmane), 15 mg/j;
- ▶ clonazépam (Rivotril), 4 mg/j.

À l'examen, elle est ralentie et son affect est émoussé. Son résultat au mini-examen de l'état mental est de 22/30 et celui à la Batterie rapide d'efficacité frontale (BREF) de 7/18. Sa lithémie est de 0,75 mmol/l. Vous cessez donc le lithium, qui n'a pas d'indication claire dans son cas. Vous ramenez la quétiapine à 600 mg/j et tentez de diminuer les autres psychotropes le plus possible. Quelques semaines plus tard, elle est alerte, orientée et continent. Elle obtient

C'est dire les dangers de la polypharmacie chez la personne âgée! D'autres médicaments agissant sur le système nerveux central, tels que les opiacés, les anticonvulsivants et les médicaments anticholinergiques, peuvent aggraver encore plus la situation s'ils sont prescrits de pair avec des psychotropes. Plusieurs outils ont été mis au point pour encadrer la prescription de médicaments chez les aînés, dont les critères de Beers, qui sont organisés en fonction des classes de molécules et des affections médicales concomitantes¹⁴.

EN GUISE DE CONCLUSION

DOCTES ADAGES POUR NOS VIEUX VIEILLISSANTS

Si d'aventure à un aîné
Un psychotrope tu prescris
Sois d'emblée bien averti
Qu'il faut le faire avec doigté
Un à la fois, c'est plus prudent
Pense à ses reins, son cœur, son foie,
À tous ses autres médicaments!
Songe même à t'abstenir parfois
Doses fortes tu éviteras
De peur qu'il ne soit chancelant
Raide, étourdi, l'esprit absent
Voire passe de vie à trépas! //

Date de réception : le 14 novembre 2013

Date d'acceptation : le 4 février 2014

Les Drs Jean-François Trudel et Jessika Roy-Desruisseaux n'ont déclaré aucun intérêt conflictuel.

POUR EN SAVOIR PLUS...

- ▶ Duchesneau AA, Dostie C. Règles d'or pour prescrire des médicaments aux aînés. *Le Médecin du Québec* 2010; 45 (12) : 63-6.

BIBLIOGRAPHIE

1. Lafuente-Lafuente C, Baudry E, Paillaud E et coll. Clinical pharmacology and aging. *Press Med* 2013 ; 42 (2) : 171-80.
2. Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO et coll. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med* 2009 ; 169 (21) : 1952-60.
3. Echt MA, Samelson EJ, Hannan MT et coll. Psychotropic drug initiation or increased dosage and the acute risk of falls: a prospective cohort study of nursing home residents. *BMC Geriatr* 2013 ; 13 : 19.
4. Gareri P, De Fazio P, De Fazio S et coll. Adverse effects of atypical antipsychotics in the elderly. *Drugs Aging* 2006 ; 23 (12) : 937-56.
5. Correll CU, Leucht S, Kane JM. Lower risk for tardive dyskinesia associated with second-generation antipsychotics: a systematic review of 1-year studies. *Am J Psychiatry* 2004 ; 161 (3) : 414-25.
6. Jeste DV, Blazer D, Casey D et coll. ACNP White Paper: update on use of antipsychotic drugs in elderly persons with dementia. *Neuropsychopharmacology* 2008 ; 33 (5) : 957-70.
7. Sachetti E, Turrina C, Valsecchi P. Cerebrovascular accidents in elderly people treated with antipsychotic drugs: a systematic review. *Drug Saf* 2010 ; 33 (4) : 273-88.
8. Lopez OL, Becker JT, Chang YP et coll. The long-term effects of conventional and atypical antipsychotics in patients with probable Alzheimer's Disease. *Am J Psychiatry* 2013 ; 170 (9) : 1051-8.
9. Declercq T, Petrovic M, Azermai M et coll. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia [Review]. *Cochrane Database Syst Rev* 2013 ; 3 : CD007726.
10. Pelland C, Trudel JF. Efficacité et innocuité des antipsychotiques atypiques dans le traitement du delirium : revue systématique et synthèse critique. *Psychol Neuro Psychiatr Vieil* 2009 ; 7 (2) : 109-19.
11. Sproule BA, Hardy BG, Shulman KI. Differential pharmacokinetics of lithium in elderly patients. *Drugs Aging* 2000 ; 16 (3) : 165-77.
12. Rodda J, Walker Z, Carter J. Depression in older adults. *BMJ* 2011 ; 343 : d5219.
13. Virani AS, Bezchlibnyk-Bulter KZ, Jeffries JJ et coll. *Clinical Handbook of Psychotropic Drugs*. 19^e éd. Boston : Hogrefe Publishing ; 2012. 361 p.
14. American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2012 ; 60 (4) : 616-31.

SUMMARY

Psychotropic Drugs for the Elderly: Choosing a More Sedate Approach? Psychotropic drugs are widely prescribed among the elderly, but this population is much more prone to dangerous side effects. This means that indiscriminate prescribing can have dire consequences. Given that the aging brain is more sensitive and drug clearance is generally longer, doses must be lower than in the general adult population. Benzodiazepines, antipsychotics and lithium can all contribute to cognitive impairment, neurological side effects, delirium and falls. The risk of tardive dyskinesia is much higher in the elderly even with new-generation antipsychotics. Antidepressants are somewhat safer and easier to use, yet they can also contribute to falls, hyponatremia and occasionally delirium. Polypharmacy compounds the untoward effects of psychotropics. Drug interactions are common and must be closely monitored.