

Poremećaji raspoloženja u starijoj životnoj dobi i izazovi skrbi u općoj/obiteljskoj medicini

Mood disorders in later life and challenges of care in general/family medicine

Ljiljana Trtica Majnarić¹, Sanja Bekić¹, Zvonimir Bosnić², Mile Volarić²

Sažetak

Poremećaji raspoloženja se tradicionalno smatraju problemom adolescentne i mlade odrasle dobi. Novije spoznaje stavljaju naglasak na poremećaje raspoloženja u starijoj životnoj dobi zbog njihovog devastirajućeg učinka na zdravlje i funkcionalnu sposobnost starijih osoba. Ipak, te poremećaje, uključujući i one najčešće, kao što je generalizirani anksiozni poremećaj i depresija velikih depresivnih epizoda, obiteljski doktori često ne prepoznaju. Glavni razlozi su česti komorbiditet sa somatskim stanjima i kognitivnim poremećajima te shvaćanje pacijenata da su mentalni poremećaji normalan dio procesa starenja. Probir osoba starih 60 i više godina na anksiozne poremećaje i depresiju pomoću standardiziranih upitnika, prilagođenih za primjenu u starijoj populaciji, mogao bi biti koristan za poboljšanje prepoznavanja tih poremećaja. Postavljanje konačne dijagnoze bi se trebalo temeljiti na primjeni dijagnostičkih kriterija koje preporučuju najnovije DSM i ICD klasifikacije te detaljnom postupku kliničke evaluacije, a

na osnovi intervjua s pacijentom ili njegovim skrbnikom. Iako se obiteljskim doktorima nalaze na raspolaganju djelotvorni lijekovi za liječenje poremećaja raspoloženja, njihova primjena u osoba starije dobi može biti ograničena zbog povećanog rizika od interakcija među lijekovima i neželjenih reakcija na lijekove. Psihosocijalne intervencije su od posebnog značaja u toj populacijskoj skupini, ali nema dovoljno dokaza o tome koji postupak kome primijeniti. Način kako poboljšati skrb za osobe starije dobi s poremećajima raspoloženja u općoj/obiteljskoj medicini bi bio putem intenziviranja istraživanja, s ciljem stjecanja boljih dokaza, te putem davanja veće pozornosti praktičnoj edukaciji obiteljskih doktora iz područja psihijatrije, kao i putem strategija usmjerenih na povećanje svjesnosti javnosti o poremećajima raspoloženja u starijoj životnoj dobi i načinu njihove prezentacije.

Ključne riječi: poremećaji raspoloženja, starija životna dob, opća/obiteljska medicina, dijagnosticiranje, liječenje

1 Katedra za Internu medicinu, obiteljsku medicinu i povijest medicine Medicinskog fakulteta Sveučilišta JJ Strossmayer u Osijeku

2 Studenti doktorskog studija Medicinskog fakulteta Sveučilišta JJ Strossmayer u Osijeku

Summary

Mood disorders have been traditionally considered a problem of adolescence and early adulthood. Recent findings are pointing to mood disorders in later life due to their devastating effects on health and functional capabilities of older adults. However, those disorders, including those most common such as generalized anxiety disorder and major depressive disorder, are frequently unrecognised by family doctors. Main reasons for that are frequent comorbidities with medical conditions and cognitive disorders and patients' treating mental disorders as normal aspects of aging. Screening 60 years old patients and older for anxiety and depression by standardised questionnaires, adapted for the use in older population, could be helpful in improving recognition rates. Definite diagnosis should combine the latest update of the DSM or the ICD classification criteria and a thorough clinical evaluation based on responses drawn from a patient or a caregiver. Although effective medications for mood disorders are available to family doctors, their application in older adults may be compromised by the increased risk of medication interaction and adverse reaction. Psychosocial interventions are particularly important in this population group but evidence is insufficient regarding who should receive which treatment. The way of improving management of mood disorders in older adults, in family medicine, would be by intensifying research, in order to gain more evidence. More attention should be given to formal psychiatric training of family doctors, as well as to the strategies aimed at increasing the public awareness of mood disorders in later life and their modes of presentation.

Key words: mood disorders, later life, general/family medicine, diagnosing, treatments

Uvod

Mentalne bolesti i poremećaji raspoloženja uobičajeno započinju u adolescenciji i mladoj

odrasloj dobi te se nastavljaju u stariju dob i nerijetko traju doživotno (1). Iako starenje sa sobom nosi iskustvo nemilih životnih događaja i emocionalnih gubitaka te pojavu kroničnih bolesti, negativni osjećaji i poremećaji raspoloženja nisu tipični za starost. Naime, s povećanjem životnog iskustva, većina osoba nauči i kako se racionalno nositi sa stresom (2). Kod starijih osoba, afektivne reakcije su manje intenzivne nego kod mlađih osoba, a smanjuje se i percepcija stresa, posebno za stresne situacije koje proizlaze iz svakodnevnog života i međuljudskih odnosa, što su i najčešći izvori kroničnog stresa (3).

S druge strane, anksioznost i depresija se nerijetko pojavljuju u komorbiditetu s kroničnim bolestima koje često prate starenje, kao što su hipertenzija, dijabetes, kardiovaskularne (CV) bolesti, osteoartritis i osteoporoza (4). To pogoršava tijek tih bolesti i povezano je s povećanim brojem hospitalizacija, ranijom pojavom disabiliteta i tjelesne nemoći (engl. *frailty*) te povećanim mortalitetom (5). Mentalni poremećaji kod osoba starije dobi međutim često ostaju neprepoznati od strane liječnika opće/obiteljske medicine, a što se temelji na činjenici da su simptomi tih poremećaja obično blaži nego kod mlađih osoba, nespecifični, promjenljivi u broju i trajanju, preklapaju se između anksioznih poremećaja, depresije i kognitivnih poremećaja, ili su zamaskirani tjelesnim simptomima (tzv. somatizacija) (6, 7). Ponekad su ti simptomi posljedica uzimanja lijekova (8). Poremećaji spavanja, česti u osoba starije dobi, prateći su poremećaji i nepsihijatrijskih kroničnih bolesti i mentalnih poremećaja, kao i stanja distresa i negativnih emocija te kognitivnih poremećaja (9). Disabilitet, udovištvo, isključenost iz socijalne mreže i nedostatak socijalne podrške, su društvene situacije s kojima se osobe starije dobi često susreću, a koje kod njih mogu potaknuti pojavu simptoma mentalnih poremećaja i poremećaja raspoloženja (8).

Teži mentalni poremećaji, kao što su „major“ depresija i bipolarni poremećaji, su rjeđi kod osoba

starije dobi nego kod mladih osoba, s tim da kod osoba starije dobi ti poremećaji slabije reagiraju na liječenje, imaju teži tijek i povezani su s više negativnih ishoda, kao što su smanjena kognitivna funkcija, razvoj tjelesne nemoći, češći suicidi te općenito povećani mortalitet (10). Aterosklerotične vaskularne i kardiovaskularne bolesti čine neurobiološku podlogu za razvoj kognitivnih, ali i anksioznih i depresivnih poremećaja (11, 12). U stanjima akutnog narušenja zdravlja, kao što su akutne bolesti, operacije ili povrede, takve patološke promjene mozga mogu biti podloga za ispoljavanje psihotičnih simptoma, u obliku deluzija, maničnog ili delirantnog stanja (10).

Sve te nabrojane značajke poremećaja raspoloženja i mentalnih poremećaja kod osoba starije dobi su razlog zbog kojega bi na te poremećaje trebalo gledati kao na važan javnozdravstveni problem (8, 10). Cilj ovoga članka je dati sažeti prikaz specifičnosti tih poremećaja u starijoj životnoj dobi te navesti dijagnostičke i terapijske izazove s kojima se, vezano za te poremećaje, susreću liječnici opće/obiteljske medicine.

Anksiozni poremećaji u starijoj životnoj dobi

Anksiozni poremećaji su općenito najčešći mentalni poremećaji pa tako i u starijoj životnoj dobi (8). Za razliku od depresivnih poremećaja, ti poremećaji su u općoj/obiteljskoj medicini rijetko bili predmet sustavnih istraživanja. Razlog tome je što se ti poremećaji općenito smatraju „blagim“ tako da ne izazivaju veću štetu za pojedinca i populaciji u cjelini pa ne zahtijevaju ni obaveznu niti hitnu intervenciju. No, statistički podaci govore suprotno. Naime, procjenjuje se da oko ¼ opće populacije iskusi tijekom života neki oblik anksioznog poremećaja; najčešće se ti poremećaji pojavljuju rano u životu i kroničnog su tijeka; kod duljeg trajanja, povećavaju rizik nastanka depresije ili ovisnosti o lijekovima, alkoholu ili opijatima (13).

Od anksioznih poremećaja, prema podacima iz SAD-a, u populaciji osoba starije dobi daleko najveću učestalost ima generalizirani anksiozni poremećaj, slijedi agorafobija (strah od javnih prostora i mnoštva ljudi) i specifične fobije, dok su opsesivno-kompulzivni, posttraumatski i panični poremećaji u toj dobi puno rjeđi i u glavnom vezani uz pogoršanje tjelesnog zdravlja i demencije. Najčešće ti poremećaji započinju u ranijoj životnoj dobi te se nastavljaju u stariju dob ili tada dolazi do njihove egzacerbacije, dok je prva pojava anksioznih poremećaja u starijoj dobi rjeđa (8). Entitet anksioznosti specifičan za stariju životnu dob je i strah od padova, koji se razvija u više od polovine starijih osoba koje su doživjele pad, a smanjuje kod njih uspjeh rehabilitacije i pokretnost te povećava rizik nastanak novih padova, disabiliteta, depresije i sindroma tjelesne nemoći (14). Osobe starije dobi sklone su ispoljavanju anksioznih poremećaja, a identificirani rizični čimbenici su slijedeći (Tablica 1) (prema ref. 8).

Tablica 1. Rizični čimbenici za anksiozne poremećaje u starijoj životnoj dobi

Table 1. Risk factors for anxiety disorders in later life

Ženski spol
Kronične bolesti
Tjelesna nemoć (frailty)
Nedostatak socijalne podrške
Nedavni traumatski doživljaj
Loše zdravlje prema samo-procjeni
Prisutnost drugih psihijatrijskih bolesti ili poremećaja
Emocionalni gubitci (nepovoljni životni događaji u skoroj prošlosti)
Rana pojava anksioznih poremećaja

Anksiozni poremećaji u starijoj dobi su specifični po tome što se često pojavljuju kao kombinacija od 2 anksiozna poremećaja, u komorbiditetu s depresijom i/ili drugim (tjelesnim) kroničnim bolestima i patofiziološkim poremećajima

(somatizacija), a što je povezano i s češćim upućivanjem tih pacijenata na dijagnostičke pretrage, češćom hospitalizacijom te ukupno većim troškovima zdravstvene skrbi (8, 13). Zbog toga je pažljiva i iscrpna anamneza temelj dijagnostičkog postupka, koji treba dati odgovor na pitanja: 1) radi li se o novonastalom anksioznom poremećaju, što vrlo vjerojatno upućuje na depresiju ili predstavlja rani znak kognitivnih poremećaja, 2) o stanju izazvanom lijekovima, 3) novonastalom somatskom poremećaju ili 4) egzacerbaciji ranije nastalog anksioznog poremećaja (Tablice 2 i 3) (8).

Javnozdravstveni značaj anksioznih poremećaja kod osoba starije dobi je u tome što su ti pacijenti

česti posjetitelji u ordinacijama obiteljskih doktora i općenito česti korisnici zdravstvenih usluga. Nadalje, ti pacijenti imaju značajnih problema u svakodnevnom funkcioniranju, što je usporedivo s disabilitetom kod nekih težih mentalnih i kroničnih nepsihijatrijskih bolesti (8, 13). Stariji anksiozni pacijenti su skloni i medikalizaciji, uzimanju benzodiazepina, analgetika i lijekova sa sedativnim i hipnotičkim učinkom, što može imati značajne negativne posljedice po njihovo zdravlje. Međutim, zbog čestog komorbiditeta ili samo rudimentarne pojave simptoma, ti poremećaji često ostaju neprepoznati i u još manjem postotku se pravilno liječenje (Tablica 4).

Tablica 2. Komorbiditetna stanja povezana s anksioznim poremećajima u starijoj životnoj dobi (prema ref. 8)

Table 2. *Comorbidities associated with anxiety disorders in later life (according to ref. no. 8)*

Kardiovaskularne bolesti	angina pectoris, aritmije, infarkt miokarda, prolaps mitralne valvule, cerebrovaskularni inzult
Endokrine bolesti	dijabetes, hipokalcemija, hipotireoza, feokromocitom
Gastrointestinalne bolesti	peptički ulkus i funkcionalni poremećaji
Genitourinarne bolesti	genitourinarne infekcije
Metabolički poremećaji	anemije, hipoglikemija, hiponatrijemija, hiperkalijemija
Plućne bolesti	kronična opstruktivna plućna bolest, pneumonije, hipoksična stanja
Neurološke bolesti i stanja	delirij, demencija, smanjenje sluha i vida, Parkinsonova bolest, epilepsija, tumori mozga, inzult u asocijativnim limbičkim i paralimbičkim strukturama mozga

Tablica 3. Lijekovi koji mogu izazvati anksiozne poremećaje (prema ref. 8)

Table 3. *Drugs causing anxiety disorders (according to ref. no. 8)*

Stimulansi/prekid uzimanja sedativa	kofein, nikotin, benzodiazepami, apstinencija od alkohola
Neurološke/psihijatrijske bolesti	antidepresivi, levodopa, neuroleptici
Kardiovaskularne bolesti	blokatori kalcijevih kanala, alfa- i beta-blokatori, digitalis
Endokrinološke bolesti	estrogen, lijekovi za bolesti štitnjače
Plućne bolesti	bronhodilatatori, kortikosteroidi, teofilin
Otorinolaringološke bolesti	antihistaminici, pseudoefedrin
Mišićno-koštane bolesti	analgetici, mišićni relaksansi, nesteroidni antiinflamatorni lijekovi

Tablica 4. Simptomi kojima se prezentira generalizirani anksiozni poremećaj (najčešći anksiozni poremećaj u osoba starije dobi) (prema ref. 8 i 13)

Table 4. Symptoms of generalized anxiety disorder (most frequent anxiety disorder in later life) (according to ref. 8 and 13)

Kronična zabrinutost o različitim problemima dulja od 6 mjeseci; strah da će umrijeti ili „skrenuti s uma“ + fizikalni znakovi psihičke tenzije: napetost, nemir, povišena aktivnost (pobuđenost), poremećaji spavanja, nemirne ruke/noge, stiskanje šaka
U ordinaciji obiteljskih doktora se žale na tjelesne simptome prije nego na zabrinutost ili psihičku napetost. Tjelesni simptomi su najčešće: bol, nesanica, bolovi u prsima i abdomenu, kratkoća daha, omaglica, vrtoglavica, trnci u rukama i nogama, mučnina, poremećaj pražnjenja crijeva
Simptomi preklapanja sa depresijom: poremećaji spavanja, koncentracije, pažnje, zapamćivanja, pobuđenost

Depresija u starijoj životnoj dobi

Prema podacima epidemioloških studija, cjeloživotna prevalencija velike depresivne epizode u pojedinim dijelovima svijeta varira od 1.5% do 19%, s prosječnom prevalencijom od oko 9% (15). U populaciji osoba starije dobi to iznosi 1% - 5%, što ukazuje na manju učestalost velike depresivne epizode u starijoj dobi, nego što je to u ranijim periodima života (16). Međutim, upravo negativne posljedice depresivnog poremećaja daju svoj najveći danak u starijoj životnoj dobi, u obliku povećanog komorbiditeta s drugim kroničnim bolestima, povećanog rizika suicida, nebrige o sebi, smanjenog tjelesnog, kognitivnog i socijalnog funkcioniranja te povećanog mortaliteta, čineći značajan javnozdravstveni problem (17). Osim toga, učestalost depresivnih simptoma koji ne dostižu broj i intenzitet relevantan za postavljanje dijagnoze depresije, u starijoj dobi je veća nego u mladoj dobi (17). Mnogi istraživači se slažu u tome da je učestalost depresivnih poremećaja u starijoj dobi obično ili precijenjena ili podcijenjena i to zbog toga što se depresivni simptomi često razlikuju u sadržaju i intenzitetu u odnosu na prihvaćene dijagnostičke kriterije i zbog toga što je te simptome teško odijeliti od simptoma povezanih s tjelesnim bolestima ili negativnim životnim događajima, kao što su emocionalni gubitci (16).

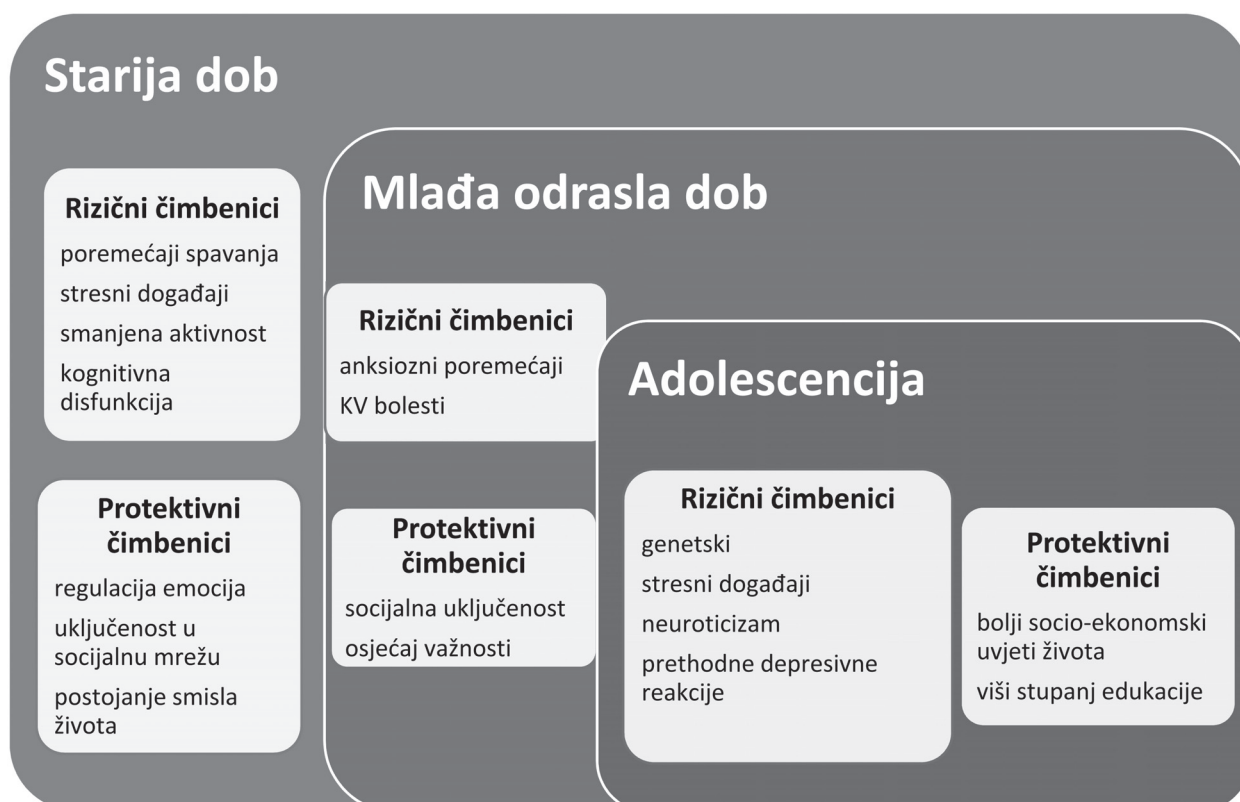
Opće je poznato da je depresivne poremećaje, posebno blaže oblike depresije, teško razlikovati od

emocionalnih reakcija na životne stresne situacije (17, 18). Žalovanje za umrlom bliskom osobom, gubitak posla, rastava braka i drugi nemili životni događaji, često kao rezultat imaju depresivnu reakciju, dok prolazni stresni događaji mogu izazvati depresivno raspoloženje kraćeg trajanja (18). Definicija klinički relevantne depresije, prema najnovijoj DSM klasifikaciji (engl. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) (DSM-V, 2013), glasi da su zajedničke značajke tih poremećaja depresivno ili iritantno raspoloženje ili osjećaj ispraznosti, praćeni tjelesnim i kognitivnim promjenama, što sve skupa značajno umanjuje sposobnost svakodnevnog funkcioniranja (19). Kriterij za dijagnozu velike depresivne epizode, prema DSM-V klasifikaciji, je postojanje najmanje 5 bitnih simptoma, u trajanju od najmanje 2 tjedna, a koji značajno umanjuju postojeću razinu svakodnevnog funkcioniranja. Najmanje jedan od tih simptoma mora biti: 1) depresivno (tužno) raspoloženje ili 2) gubitak interesa i zadovoljstva (Tablica 5) (19). Daljnji koraci u dijagnostičkom postupku su kodiranje poremećaja prema ICD-10 (engl. *International Classification of Diseases 10th Revision*) klasifikaciji bolesti i stanja, koja omogućuje razvrstavanje na pojedine podskupine depresije, a prema intenzitetu (broju simptoma), po tome radi li se o prvoj ili ponovljenoj depresivnoj epizodi, postiže li se remisija u potpunosti ili ne, te postoje li ili ne psihotični simptomi (19).

Tablica 5. Simptomi kojima se prezentira generalizirani anksiozni poremećaj (najčešći anksiozni poremećaj u osoba starije dobi) (prema ref. 8 i 13)

Table 5. Symptoms of generalized anxiety disorder (most frequent anxiety disorder in later life) (according to ref. 8 and 13)

Depresivno raspoloženje (osjećaj tuge) - ponekad iritantno raspoloženje
Značajno smanjen interes ili zadovoljstvo za uobičajene životne aktivnosti
Značajan nenamjerno gubitak ili primitak na tjelesnoj težini (promjena od > 5% tjelesne težine unutar 1 mjeseca) ili smanjen ili povećan apetit
Nesanicna ili povećana potreba za snom
Psihomotorna agitacija ili retardacija (koju primjećuju druge osobe)
Osjećaj umora ili manjka energije
Osjećaj bezvrijednosti ili neprimjerene krivnje
Smanjena sposobnost mišljenja ili koncentracije ili donošenja odluka
Suicidalne misli (suicidalne ideje) - planiranje suicida ili počinjenje suicida



Slika 1. Rizični i protektivni čimbenici depresije u osoba starije dobi ovisno o dobi njihove prve pojave

Figure 1. Risk and protective factors of depression in later life depending on the age of its onset

Prema DSM-V klasifikaciji, osim velikog depresivnog poremećaja (kojega čini izmjenjivanje velikih depresivnih epizoda i remisija), u depresivne poremećaje spadaju još i poremećaji kao što su: poremećaj regulacije iritantnog i neprimjerenog ponašanja (odnosi se na djecu stariju od 12 godina), trajni depresivni poremećaj (distimija), predmenstrualni poremećaj raspoloženja, depresivni poremećaj izazvan uzimanjem tvari ili lijekova s psihotropnim djelovanjem, depresivni poremećaj povezan s drugim zdravstvenim stanjima, drugi specifičirani depresivni poremećaji i nespecificirani depresivni poremećaji (19).

Epidemiološke studije su pokazale da se velike depresivne epizode u glavnom počinju pojavljivati u kasnoj adolescentnoj dobi, oko 20-te godine života, manji dio njih u mlađoj odrasloj dobi (30 - 40 godina), ali da se značajan dio tih epizoda prvi puta pojavljuje u kasnijoj životnoj dobi (60 godina i više) (15). Depresivni poremećaji u osoba starije dobi, po načinu kliničke prezentacije, rizičnim i protektivnim čimbenicima i krajnjim ishodima, odražavaju njihov početak u određenim fazama života (Slika 1) (16). Ta saznanja su poslužila za podjelu depresije u starijoj dobi na 2 velike podskupine: 1) depresija koja se pojavila u starijoj dobi (engl. *late onset depression*) i 2) depresija koja se pojavila u mlađoj dobi (engl. *early onset depression*) (16).

Slijedom tih saznanja, lakše je razumjeti i razlike u pojavnosti depresije između tipa s kasnim i tipa s ranim nastupom. Pacijenti s ranim nastupom depresivnih epizoda češće imaju pozitivnu obiteljsku anamnezu, što vjerojatno odražava genetsku predispoziciju, te češće poremećaje osobnosti ili jače izražene neke osobine ličnosti kao što je neuroticizam (16). Za razliku od njih, pacijenti s kasnim nastupom depresije češće imaju pridruženi komorbiditet, kognitivne deficite, anamnezu prethodne cerebrovaskularne ili kardiovaskularne bolesti te neurološke i neurodegenerativne bolesti kao što su Parkinsonova i Alzheimerova bolest (Tablica 6) (6, 7, 15). Prisustvo depresije kod tih

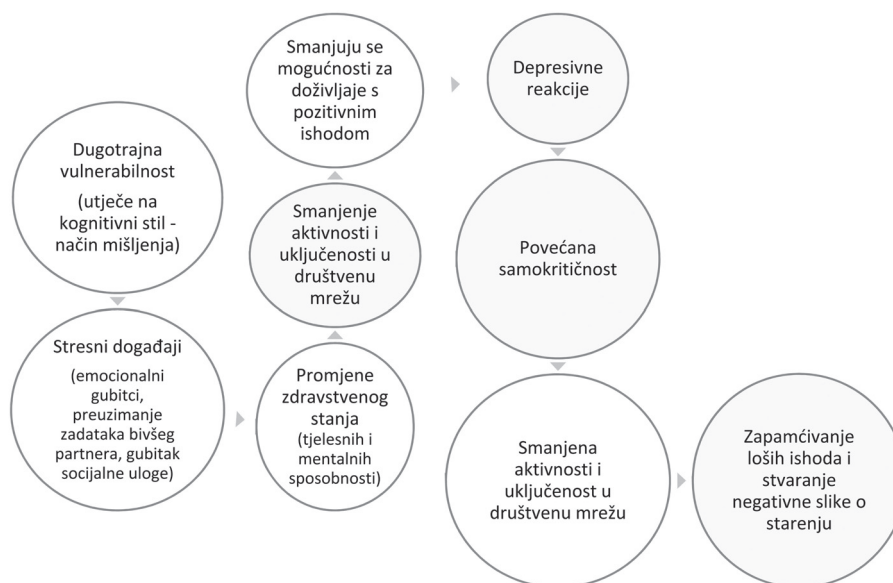
Tablica 6. Najčešće kronične bolesti u komorbiditetu s depresijom

Table 6. Most frequent chronic diseases in comorbidity with depression

Kardiovaskularne bolesti: stanje nakon infarkta miokarda, srčano popuštanje
Hipertenzija
Dijabetes
Osteoporoz
Osteoartritis
Kronična opstruktivna bolest pluća
Stanje nakon prijeloma kuka
Ukupno slabije procijenjeno zdravstveno stanje dobiveno samoprocjenom pacijenata
Cerebrovaskularni događaji
Parkinsonova bolest
Alzheimerova demencija

stanja, značajno pogoršava njihov tijek i dovodi do povećane smrtnosti (18).

Kod depresije u starijoj dobi, smanjuje se poznata spolna razlika s većom zastupljenosti depresije u žena, dok u populaciji vrlo starih osoba (80 i više), muškarci postaju više zastupljeni od žena (16). Emotivne reakcije, poput tuge, promjenljivog (disforičnog) raspoloženja, ili osjećaja bezvrijednosti i krivnje, postaju slabije izražene, dok se češće mogu naći poremećaji spavanja, kronični umor, psihomotorna usporenost, gubitak interesa i osjećaj besperspektivnosti. Depresivni stariji pacijenti se također češće žale na slabije pamćenje i sposobnost koncentracije te slabiju sposobnost izvršenja određenih zadataka (16). Povećava se i učestalost depresije s manjim brojem simptoma (engl. *minor depression, subsyndromal depression*) (16, 17). Zbog svega toga, neki autori predlažu da se u klasifikaciju depresije uvedu i neki novi oblici, specifični za stariju dob, kao što su: 1) depresija bez tuge ili sindrom deplecije (smanjenih simptoma), 2) poremećaj izvršnih funkcija, 3) depresija povezana s Alzheimerovom bolešću i 4) depresija povezana s Parkinsonovom bolešću (16).



Slika 2. Bihevioralni model depresije starije životne dobi

Figure 2. Behavioral model of depression in later life

Iako su biološke promjene česte u osoba starije dobi s depresijom, samo biološki pristup ne može u potpunosti objasniti pojavu depresije, budući da samo dio osoba starije dobi s kroničnim nepsihijatrijskim bolestima ima i depresivne poremećaje (16). Ni akumulacija stresnih događaja tijekom života, putem emocionalnih gubitaka, ne može u potpunosti objasniti pojavu depresije u starijoj dobi, budući da samo dio osoba s takvim iskustvima razvije depresiju. Zbog toga je predložena bihevioralna teorija pojave depresije u starijoj životnoj dobi, koja se temelji na slijedećim pretpostavkama (Slika 2) (16).

Kratki opis slike 2. Promjene u načinu života, koje sa sobom nosi starenje, mogu, u vulnerabilnih osoba, posebno onih čije su značajke ličnosti nefleksibilnost i slaba otvorenost prema novim iskustvima, dovesti do povučeniosti u samački život (smanjene komunikacije s okolinom), što su uvjeti pogodni za održavanje mentalnih slika o negativnim iskustvima te povećanu samokritičnost, povezanu s osjećajem osobne nedostatnosti, što sve skupa podržava nastavak depresivnog stanja.

Depresija i kognitivni poremećaji

Depresija u starijoj životnoj dobi, posebno s početkom u toj dobi, je često praćena subjektivnim pritužbama ili objektivnim znakovima (koje primjećuju druge osobe) poremećaja kognitivnih funkcija (Tablica 7) (10, 21). Za liječnika opće/obiteljske medicine je važno znati razlikovati depresiju kasnije životne dobi od drugih bolesti i poremećaja praćenih kognitivnim simptomima, zbog razlika u načinu liječenja i prognozi tih poremećaja (21). To je od posebne važnosti ako su u pitanju štíćenici ustanova za starije osobe, starije osobe nakon hospitalizacije ili vrlo stare osobe (85 godina i više), budući da u tim specifičnim skupinama osoba starije dobi učestalost depresije može dosezati i do 25%, a i kognitivni simptomi su puno češći nego u općoj populaciji osoba starije dobi (22).

Naime, kognitivni simptomi mogu biti rezultat akutnog depresivnog stanja, tj. prolazno se pojavljivati u fazama egzacerbacije velike depresivne epizode, ali biti i posljedica trajnih promjena u mozgu do kojih dolazi kod depresije

Tablica 7. Oblici kognitivnih poremećaja u depresivnih osoba starije dobi

Table 7. Forms of cognitive disorders in older depressive patients

Smanjene izvršne funkcije - sposobnost izvršavanja svakodnevnih aktivnosti
Smanjena sposobnost planiranja i rješavanja problema
Smanjena mentalna fleksibilnost
Smanjena sposobnost donošenja odluka
Smanjena inhibitorna kontrola uz smanjen uvid u realnost
Smanjena trajna i fokusirana pažnja
Smanjena radna memorija
Smanjena semantička i fenomenološka verbalna fluentnost
Nedostatak inicijativnosti i povećana apatičnost
Psihomotorna usporenost
Kronični umor
Kronična bol

dugog trajanja, naročito njenih težih oblika, ili depresije u komorbiditetu s anksioznošću ili kroničnim bolestima, a što i jesu značajke depresije starije dobi (16). Naime, depresivno stanje je praćeno povećanim stupnjem sustavne upale te aktivnošću upalnih citokina, koji u mozgu mogu interferirati s neurotransmisijским procesima, dovodeći do promjena u regulacijskim neuralnim putevima (12). To posebno dolazi do izražaja u prisustvu drugih komorbiditetnih stanja, koja mogu doprinijeti stupnju upale (23). U osoba starije dobi, zbog smanjene produkcije zaštitnih neurotrofičnih čimbenika u mozgu, ti procesi mogu biti povezani i s ubrzanim propadanjem neurona i time značajno doprinijeti i razvoju strukturnih promjena mozga, a što je podloga za nastanak prave demencije (21). Stanje poslije moždanog udara, aterosklerotično suženje karotidnih arterija ili vaskularne promjene mozga uslijed KV čimbenika rizika, posebno hipertenzije i dijabetesa, povezane su s povećanim rizikom nastanka i kognitivnih promjena i depresije (10, 11, 16). Naposljetku, prave dementne bolesti,

Parkinsonova i Alzheimerova bolest, kao svoj prominentni simptom mogu imati depresivno stanje, apatiju ili povećanu iritabilnost (10, 16, 21). Važno je to što depresija u komorbiditetu s tim poremećajima ubrzava razvoj demencije (16). Prema nekim epidemiološkim podacima, depresija se pojavljuje u oko 40% osoba s Parkinsonovom bolešću, 20% - 30% osoba s Alzheimerovom bolešću i 30% - 60% osoba s moždanim udarom (21).

Opće pravilo je da, ako se simptomi depresije pojave prije ili istovremeno s kognitivnim promjenama, vrlo vjerojatno se radi o depresiji. Ako su kognitivni poremećaji trajni i ako prethode depresivnim simptomima, neophodna je evaluacija pacijenta na dementne bolesti (16, 21). Problem u dijagnostici depresije starije dobi je u tome što se simptomi toga poremećaja često manifestiraju kognitivnim, vegetativnim (afektivnim) i tjelesnim simptomima, pa oponašaju simptome drugih bolesti (16).

Dijagnosticirati depresivni poremećaj u pacijenata s demencijom nije ni malo lako, zbog smanjene sposobnosti tih pacijenata za verbalno izražavanje (16, 24). Zbog toga su u tu svrhu predloženi modificirani dijagnostički kriteriji za veliku depresivnu epizodu, koji se temelje na 3 (a ne 5) tipičnih simptoma depresije (ne uključuju npr. smetnje koncentracije), dok su dodani neki drugi dijagnostički kriteriji, kao što su povećana iritabilnost i socijalna izolacija (16, 24).

Depresija, disabilitet i tjelesna nemoć

Depresija u starijoj životnoj dobi je visoko disabilitetna bolest, budući da je u velikom broju slučajeva povezana sa smanjenim psihičkim odnosno tjelesnim funkcioniranjem (21). Prema definiciji SZO, termin disabilitet (poremećaj funkcioniranja) je višeznačan, a može značiti: smanjeno tjelesno funkcioniranje ili tjelesni nedostatak (invaliditet), smanjen stupanj aktivnosti, pretežno u smislu obavljanja

aktivnosti svakodnevnog života, te smanjeno socijalno funkcioniranje (socijalnu izolaciju) (25). Postoji uska i to dvosmjerna povezanost između depresije i disabiliteta, budući da depresija starije dobi značajno potiče nastanak disabiliteta, dok postojanje disabiliteta povećava rizik pojave depresije (26). Ti odnosi su još kompleksniji ako uz to postoje i kognitivni poremećaji, budući da je jedan od načina kojim depresija utječe na nastanak disabiliteta upravo putem slabijeg kognitivnog funkcioniranja (27). Da je disabilitet puno širi pojam nego što je to povezano s depresijom i kognitivnim poremećajima, govore istraživanja koja su pokazala da parametri kao što su: težina depresije, stupanj kognitivne disfunkcije i stupanj komorbiditeta, mogu objasniti tek manje od 40% varijabilnosti disabiliteta (28).

Prema novijim shvaćanjima, i depresija starije dobi i kognitivni poremećaji se mogu shvatiti kao dio šireg konteksta poremećaja zdravstvenog stanja, predstavljenih pojmovima „disabilitet“ i „tjelesna nemoć“ (engl. *frailty*) (29). Sindrom „tjelesne nemoći“ je definiran kao stanje povećane vulnerabilnosti osoba starije dobi na uobičajene stresore, kao što su egzacerbacija kroničnih bolesti, akutne bolesti, operativni zahvati ili povrede, koje proizlazi iz smanjenih fizioloških rezervi i nastale disregulacije multiplih fizioloških sustava, a kao rezultat procesa starenja i prisustva kroničnih bolesti (Tablica 8) (30).

Tablica 8. Fenotipske značajke osoba starije dobi sa sindromom tjelesne nemoći

Table 8. Phenotype characteristics of older patients with frailty syndrome

Smanjena mišićna masa i snaga
Smanjena opća tjelesna izdržljivost
Poremećaj održavanja ravnoteže
Nestabilnost pri hodu
Usporenost i relativna neaktivnost
Smanjena kognitivna funkcija

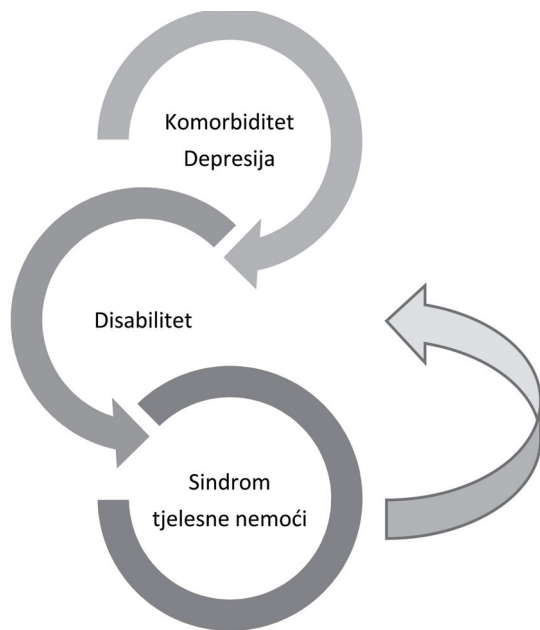
Kliničke značajke toga stanja su definirane na temelju iskaza eksperata gerijatarata, a kasnije i rezultata observacijskih studija, kojima je cilj bio identificirati najrizičniju skupinu pacijenata za nepovoljne zdravstvene ishode, kao što su: hospitalizacija, smanjena mobilnost, sklonost padovima, ovisnost o drugim osobama i prijevremena smrt, a među osobama starije dobi s multimorbiditetom, i inače poznatim kao posebno vulnerabilnim dijelom starije populacije (5, 31). Te najvulnerabilnije osobe starije dobi su one koje najviše koriste zdravstvene usluge te imaju i najveći udjel u zdravstvenoj potrošnji (Tablica 9) (31).

Tablica 9. Rizični čimbenici povezani s nastankom sindroma tjelesne nemoći

Table 9. Risk factors associated with the onset of frailty syndrome

Povećani stupanj komorbiditeta i disabiliteta
Određene kombinacije kroničnih bolesti (posebno povezane s dijabetesom, osteoartritisom, Parkinsonovom bolešću, srčanim i bubrežnim popuštanjem, stanja nakon moždanog udara)
Ženski spol
Starija dob
Smanjena sposobnost tjelesnog funkcioniranja
Poremećaj mentalnog zdravlja, posebno smanjena kognitivna funkcija
Niži socio-ekonomski status i niži stupanj edukacije
Drugi manje utjecajni čimbenici: smanjena tjelesna aktivnost, povećana tjelesna masa, malnutricija, polifarmacija

Veći stupanj komorbiditeta (multimorbiditet) doprinosi nastanku tjelesne nemoći. Disabilitet potiče nastanak tjelesne nemoći i daljnji razvoj komorbiditeta. I sindrom tjelesne nemoći i multimorbiditet su stanja povećanog rizika za nastanak disabiliteta (Slika 3) (31). Ako se u komorbiditetu s drugim kroničnim bolestima nalazi i depresija (što je čest slučaj kod depresije starije dobi), to će dodatno ubrzati nastanak



Slika 3. Međuovisnost multimorbiditeta, disabiliteta i sindroma tjelesne nemoći

Figure 3. Interdependance of multimorbidity, disability and frailty syndrome

sindroma tjelesne nemoći, dok je obrnut proces puno rjeđi (29). Starije osobe s težim stupnjem depresije, s izraženim kognitivnim poremećajima ili demencijom, te osobe koje su doživjele moždani udar pa su sklone i razvoju kognitivnih poremećaja i depresije i gubitku tjelesne i mišićne mase, najviše odgovaraju opisu sindroma nemoći (29).

Dijagnosticiranje poremećaja raspoloženja u starijoj životnoj dobi

Dijagnosticiranje najčešćih poremećaja raspoloženja u općoj populaciji, anksioznih poremećaja i depresije, u općoj/obiteljskoj medicini, prema nekim europskim smjernicama, kao što su NICE (engl. *National Institute for Health and Care Excellence*) smjernice (UK), bi trebalo započeti prepoznavanjem tih poremećaja u osoba povećanog rizika, a to su posebno osobe s pozitivnom poviješću bolesti, one s kroničnim bolestima praćenim disabilitetom

te one koje su nedavno doživjele neki stresni događaj ili imaju nespecifične simptome (32). Za taj početni probir, od pomoći mogu biti kratka pitanja (Tablica 10) (8, 18, 32).

Kao početni korak u dijagnosticiranju mentalnih poremećaja u općoj populaciji, preporučuje se probir pomoću standardiziranih upitnika (32). Ti upitnici, međutim, ne mogu biti zamjena za kliničko prosuđivanje pacijenata, koje mora uslijediti uvijek nakon početnog probira te se temeljiti na dijagnostičkim kriterijima DSM-V ili ICD-10 klasifikacijskih sustava. Za definitivno postavljanje dijagnoze nekog mentalnog poremećaja, važno je znati i druge podatke o pacijentu, koje je moguće dobiti iz anamneze ili heteroanamneze te fizikalnog pregleda i podataka iz elektronskog zdravstvenog zapisa pacijenta, kao što su podaci o komorbiditetu, uzimanju lijekova, laboratorijskim pretragama, navikama i socio-demografskim značajkama pacijenta (Tablica 11) (32). Američka psihijatrijska udruga je uz DSM-V klasifikaciju izdala i knjigu strukturiranih kliničkih intervjua, kako bi kliničarima olakšala postavljanje dijagnoze mentalnih poremećaja (33). Iako su dijagnostičke odrednice anksioznih stanja, posebno generaliziranog anksioznog događaja, slične kao kod depresije, nedostatno znanje liječnika o tome da ta dijagnoza i za nju specifično liječenje postoje, je često prepreka u dijagnosticiranju anksioznih poremećaja na primarnoj razini (18).

Budući da osobe starije dobi uz poremećaje raspoloženja često imaju i druge (tjelesne) kronične bolesti i poremećaje te da se simptomi anksioznih, depresivnih i kognitivnih poremećaja često međusobno preklapaju, a i sa vegetativnim i fizikalnim simptomima, mišljenje mnogih eksperata i stručnih društava je da je u općoj/obiteljskoj medicini potrebno vršiti probir na anksioznost i depresiju za sve osobe starije od 60 godina, primjenom pogodnih standardiziranih upitnika (Tablica 12) (13, 34). Za institucionalno smještene osobe, taj postupak bi trebalo i ponavljati i to svakih 6 mjeseci (24).

Tablica 10. Kratka pitanja za početni probir osoba povećanog rizika za anksioznost i depresiju u općoj populaciji

Table 10. Short questions for initial screening of patients with higher risk for anxiety and depression in general population

Depresija	U zadnjih mjesec dana 1) Jeste li se osjećali potišteno, depresivno ili bespomoćno? 2) Jeste li imali smanjeni užitak ili interes za obavljanje uobičajenih aktivnosti i poslova?
Generalizirani anksiozni poremećaj	Imate li u zadnjih 6 mj. ili dulje osjećaj da se previše brinete o „Što ako..“ u životu? Je li vas taj osjećaj brige onemogućava da zaspate ili da se odmorite tijekom noći?
Agorafobija (strah da se ne nađeš na mjestu ili u situaciji iz koje nema pomoći)	Imate li bojazan od toga da ostanete sami i u nemogućnosti da dobijete pomoć? Je li vas strah od padova sprečava da činite mnoge stvari?
Socijalna fobija	Brinete li se da kada dođete u društvo da ćete ostaviti negativni dojam na ljude? Je li zbog toga straha izbjegavate socijalne situacije?
Specifične fobije	Imate li pretjerani osjećaj straha od neke vrste životinja ili situacija (kao što je oluja)? Je li zbog toga straha izbjegavate situacije u kojima bi se mogli suočiti s takvim izvorima strahima?
Panični poremećaj	Dobivate li napade kratkotrajnog posvemašnjeg straha praćenog otežalim disanjem, preznojvanjem, ili pritiskom u prsima?
Post-traumatski stresni poremećaj	Imate li osjećaj tjeskobe i napetosti vezano za preživjeli traumatski događaj koji uzrokuje noćne more ili pojavu živih slika iz toga događaja?
Opsesivno-kompulzivni poremećaj	Jeste li ikada imali misli ili slike u svojoj glavi koje su se stalno ponavljale i kojih se niste mogli riješiti?

Tablica 11. Laboratorijske i druge pretrage koje mogu biti od koristi za dijagnosticiranje mentalnih poremećaja

Table 11. Laboratory and other procedures that can be used to diagnose mental disorders

Kompletna krvna slika
Neki elektroliti (Na, K, ionizirani Ca)
Hormoni štitne žlijezde
Glukoza u krvi
Nalaz urina / stupanj glomerularne filtracije (bubrežna funkcija)
Nalaz pulsne oksimetrije
Lista lijekova
EKG i (ponekad CT mozga)

Za konačno postavljanje dijagnoze poremećaja raspoloženja u osoba starije dobi, osim poznavanja DSM i ICD-10 klasifikacija bolesti, potrebno je i znanje o specifičnim značajkama tih poremećaja u starijoj dobi. Pri tome je potrebno posebno obratiti pažnju na funkcionalnu sposobnost osoba starije dobi, na to žive li same ili ne, na stupanj socijalne podrške te na uzimanje lijekova s psihotropnim djelovanjem (18, 26). Potrebno je znati i to da je stupanj suicida najveći među muškarcima vrlo stare dobi (>80) (34).

Za vođenje kliničkog intervjua je potrebno iskustvo, vještina empatičnog i otvorenog vođenja intervjua te uključivanje skrbnika u razgovor (18, 26). Smatra se da bi stalna edukacija obiteljskih doktora

Tablica 12. Standardizirani upitnici pogodni za probir osoba starije dobi na poremećaje raspoloženja

Table 12. Standardized questionnaires suitable for screening of older patients for mood disorders

Gerijatrijska skala anksioznosti (The Geriatric Anxiety Inventory) (GAI)
Gerijatrijska skala depresije (The Geriatric depression Scale) (GDS)
Upitnik o zdravstvenom stanju pacijenta (Patient Health Questionnaire-9) (PHQ-9)
Skala depresije Centra za Epidemiološka istraživanja (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) (CES-D)
Kornelova skala depresije kod demencije (The Cornell Scale for Depression in Dementia) (CSDD)
Kratki upitnik mentalnog stanja (Mini-Mental State Examination) (MMSE) - za provjeru kognitivnih poremećaja
Višedimenzionalno ispitivanje funkcionalnih sposobnosti: Multilevel Assessment Inventory SF-36 Activities of Daily Living Instrumental Activities of Daily Living
Ostali upitnici: za ispitivanje suicidalnosti, ovisnosti o lijekovima, socijalnoj podršci, korištenju zdravstvene službe

u tehnici vođenja intervjua, sustavna primjena upitnika za probir, edukacija stanovništva o tome da kognitivne smetnje i depresivno raspoloženje nisu normalni pratiloci starenja te uvođenje psihološke i psihijatrijske službe u primarnu zdravstvenu zaštitu (ili barem poboljšanje međusobne suradnje), bile one mjere koje bi mogle značajno poboljšati prepoznavanje i dijagnosticiranje tih poremećaja na primarnoj razini (18, 26).

Liječenje poremećaja raspoloženja u starijoj životnoj dobi

Farmakološko liječenje

Istraživanja o farmakološkom liječenju anksioznih poremećaja kod osoba starije dobi su općenito rijetka pa brojne smjernice temelje svoje preporuke na

podacima ekstrapoliranim iz istraživanja na mlađim dobnim skupinama, uz uvažavanje specifičnih uvjeta koje postoje u pojedinim zdravstvenim sustavima (8, 13, 35). Općenita su zapažanja da se benzodiazepini, lijekovi s anksiolitičkim djelovanjem, pretjerano propisuju osobama starije dobi (8). Poznato je da ti lijekovi bolje djeluju na ublažavanje vegetativnih (afektivnih) nego kognitivnih (nerealna interpretacija stvarnosti, ubrzano ili usporeno mišljenje, distrakcije, iritabilnost, nesanic) i psiholoških simptoma (strah da će poludjeti ili umrijeti, smanjena pažnja i koncentracija) anksioznosti (18, 35). Zbog brojnih neželjenih reakcija, posebno u osoba starije dobi (Tablica 13), potrebno je slijediti neka opća pravila za propisivanje i primjenu tih lijekova (Tablica 14) (8, 35).

Tablica 13. Neželjene reakcije na bezodiazepine u osoba starije dobi

Table 13. Adverse reactions to bezodiazepines in older patients

Kognitivni poremećaji
Pojačanje simptoma anksioznosti nakon prestanka uzimanja
Ovisnost
Inkontinencija
Sklonost padovima (s posljedičnom frakturom kuka)

Postoje dokazi (iako ne tako čvrsti kao za osobe mlađe dobi) koji podupiru propisivanje antidepresiva za liječenje anksioznih poremećaja u osoba starije dobi (8). Preporučuju se iste vrste tih lijekova kao i za liječenje depresivnih poremećaja, a to su antidepresivi koji se dobro podnose i rijetko stupaju u interakcije s drugim lijekovima (8, 21). Tu spadaju citalopram, escitalopram i sertralin, iz skupine SSRI (selektivnih inhibitora ponovne pohrane serotonina), dok se u odabranih pacijenata može primjenjivati i venlafaksin, antidepresiv novije generacije s dualnim (serotoninergičkim/noradrenergičkim) djelovanjem (8, 21, 35).

Tablica 14. Načela primjene benzodiazepina u osoba starije dobi

Table 14. Principles of benzodiazepine application in older patients

Prije početka propisivanja, razmotriti mogućnosti primjene nefarmakoloških metoda (ventilacija, podrška, kognitivno-bihevioralna terapija, edukacija o metodama samopomoći)
Primjenjivati samo benzodiazepine kraćeg djelovanja (okszepam) (nemaju dugodjelujućih aktivnih metabolita)
Indikacije: akutne stresne reakcije teškoće uspavlivanja (prednost: nebenzodiazepinski hipnotici: zolpidem, zaleplon) anksiozni poremećaji - kroz kraće vrijeme ili do početka djelovanja antidepresiva
Početi s najmanjim učinkovitim dozama i izvršiti kontrolu nakon kraćeg vremena te procijeniti potrebu daljnjeg uzimanja
Preferirati intermitentnu u odnosu na kontinuiranu primjenu; pri isključivanju uz intermitentno davanje i smanjivati dozu
Izbjegavati davanje skupa s drugim depresorima središnjeg živčanog sustava te kod ovisnika o alkoholu
Upozoriti pacijenta na utjecaj lijeka na psihofizičke sposobnosti i sklonost padovima

Postoji više smjernica za liječenje depresije u kliničkoj praksi, ali se ni jedna eksplicitno ne bavi liječenjem depresije u starijoj životnoj dobi (32, 36). To je zbog toga što su istraživanja pa i dokazi o učinkovitosti određenih oblika liječenja u toj populacijskoj skupini nedostatna. Poseban problem predstavlja postupak s depresivnim pacijentima starije dobi u općoj/obiteljskoj medicini, budući da su se samo rijetka istraživanja bavila tom problematikom (34). Hrvatske smjernice za liječenje depresije se temelje na drugim smjernicama i postojećoj praksi, a namijenjene su liječenju depresije u psihijatrijskoj klinici i ambulanti liječnika opće/obiteljske medicine (37).

Spomenuti antidepresivi se u osoba starije dobi,

slično kao i u osoba mlađe dobi, preporučuju za liječenje velike depresivne epizode te kroničnih oblika depresivnog poremećaja (32, 38). Učinkovitost im je podjednaka kao i u osoba mlađe dobi, pa čak i u osoba starije dobi sa značajnim komorbiditetom, dok im je učinak smanjen ako uz depresiju starije osobe imaju i kognitivni poremećaji i/ili značajniji stupanj disabiliteta (16, 26). Kao i za benzodiazepine, i za antidepresive vrijedi pravilo da je liječenje, kod osoba starije dobi, potrebno započeti manjim dozama lijeka, uz praćenje eventualnih nuspojava svakih 1-2 tjedna, dok se najraniji učinak SSRI na redukciju simptoma može očekivati nakon 2 tjedna, uz postizanje optimalnog djelovanja nakon 6-8 tjedana (Tablica 15.) (37). Kao doze održavanja, također se preporučuju niže doze, u odnosu na osobe mlađe dobi (37). U cilju postizanja bolje adherencije na liječenje, potrebno je pacijentu ili njegovom skrbniku objasniti način djelovanja tih lijekova, kao i to da su gastro-intestinalne nuspojave česte u početku uzimanja lijeka, ali i prolazne, te da SSRI mogu povećati suicidalne misli, što može biti od važnosti posebno kod pacijenata starije dobi (26). Zbog toga ima prijedloga da se SSRI osobama starije dobi propisuju uz informirani pristanak pacijenta ili njegovog skrbnika (26). Prije odluke o propisivanju bilo kojega lijeka za liječenje poremećaja raspoloženja u osoba starije dobi, potrebno je proučiti i uputu priloženu uz lijek, posebno vezano uz smanjenje bubrežne funkcije i interakcije s drugim lijekovima (32).

Od ostalih mogućnosti medikamentoznog liječenja poremećaja raspoloženja u starijoj dobi, pokazalo se npr. da citalopram može smanjiti anksioznost kod Alzheimerove bolesti, a inhibitori kolinesteraze, kao što je donepezil, smanjiti anksioznost i iritabilnost ili noćni nemir (8). Iako su lijekovi s puno više mogućih štetnih nuspojava, u odabranim slučajevima te po preporuci psihijatra, za liječenje generaliziranog anksioznog poremećaja, kod osoba starije dobi, mogu se uzimati i buspiron, trazodon, mirtazapin i stabilizator raspoloženja topiramet (8).

Tablica 15. Neželjene reakcije na antidepresive kod osoba starije dobi

Table 15. Adverse reactions of antidepressives in older patients

Mučnina i povraćanje
Proljev
Bolovi u epigastriju
Povećan rizik krvarenja iz gastro-intestinalnog trakta (izbjegavati uzimanje skupa s nesteroidnim protuupalnim lijekovima, varfarinom, acetil-salicilnom kiselinom, teofilinom)
Smanjen ili pojačan apetit
Sedacija - izbjegavati kombinacije s drugim psihotropnim lijekovima te s tramadolom (potiče i serotoninški učinak - stanje agitacije)
Produljenje Q-T intervala
Mogu povećati suicidalne misli
Povećan rizik padova i frakture kuka
Seksualna disfunkcija
Nesanica
Hiponatremija

Nefarmakološke metode liječenja

Psihoterapijske metode liječenja su se pokazale učinkovite za liječenje anksioznih i blažih depresivnih poremećaja kod osoba mlađe životne dobi. Kada su u pitanju pacijenti starije dobi, dokaza još nema dovoljno, iako sve više objavljenih meta-analiza randomiziranih studija govori u prilog učinkovitosti tih metoda i u toj populacijskoj skupini, ali pretežno u „mlađih starijih“ (65-75 godina) i ambulantnih pacijenata, bez kognitivnih poremećaja i disabiliteta (8, 26). Učinkovitost tih metoda se pokazala najvećom pri kombinaciji s farmakološkim liječenjem (8, 26). Psihoterapijske metode liječenja preporučuje psihijatar. Učinkovitije su individualne nego grupne metode rada i to metode kognitivno-bihevioralne terapije usmjerene na restrukturiranje negativnih i iracionalnih obrazaca mišljenja, kako bi ti obrasci postali adaptabilniji na stvarne životne situacije i kako bi im se smanjio sadržaj depresivnih misli. U te metode spada i metoda rješavanja problema (engl.

problem-solving), ako je prilagođena pacijentima starije dobi, gdje oni pomoću mnemotehničkih pomagala i učenja vještina komunikacije nastoje doći do rješavanja problema, čime se povećava osjećaj samoučinkovitosti, a smanjuju depresivni sadržaji u mišljenju (26). Također je važno raditi na poboljšanju komunikacije osoba starije dobi s okolinom i na organiziranju društvene podrške, pri čemu je vrlo važna uloga skrbnika (26). U postupku zbrinjavanja osoba starije dobi s poremećajima raspoloženja u općoj/obiteljskoj medicini, važno je znati i kada je potrebno takvog pacijenta uputiti na konzultaciju specijalisti psihijatru (Tablica 16) (8). Bolje znanje o tim indikacijama, kao i o značajkama poremećaja raspoloženja kod osoba starije dobi, moglo bi smanjiti i broj nepotrebnih upućivanja psihijatru (39).

Tablica 16. Kada uputiti specijalisti psihijatru pacijenta starije dobi s poremećajem raspoloženja

Table 16. What is the right time to refer the older patient with mood disorder to psychiatrist

Teški oblik depresije ili anksioznih poremećaja
Visoki rizik suicida
Slab odgovor na liječenje ili pacijent ne prihvaća liječenje
Poteškoće u postavljanju dijagnoze
Kognitivne promjene i demencija
Ovisnost o substancama ili alkoholu u komorbiditetu

Zaključak

Prepoznavanje, točno dijagnosticiranje i liječenje mentalnih bolesti i poremećaja raspoloženja predstavlja veliki izazov u kliničkoj medicini, posebno kada su u pitanju osobe starije dobi, zbog naraslog znanja o povezanosti tih poremećaja s tjelesnim poremećajima i utjecaju kojega ti poremećaji imaju na nastanak disabiliteta, tjelesne nemoći i prijevremene smrti. To još više dolazi do izražaja u općoj/obiteljskoj medicini, gdje se pacijenti starije dobi prezentiraju liječniku s većim

brojem bolesti i simptoma. Simptomi mentalnih bolesti i poremećaja su često nespecifični za ta stanja te i samome pacijentu često nejasni s obzirom na svoj izvor i porijeklo, kao što je to u slučaju kroničnih bolova ili vegetativnih simptoma. Poseban izazov predstavlja i liječenje tih poremećaja kod osoba starije dobi, zbog češćih neželjenih reakcija na benzodiazepine i antidepresive, češćih interakcija tih lijekova s drugim lijekovima, te nepostojanja dovoljno čvrstih dokaza o učinkovitosti pojedinih terapijskih mogućnosti. Opći konsenzus u stručnim krugovima je da je potrebno intenzivirati istraživanja iz toga područja u populaciji osoba starije dobi, da bi se pojačali dokazi, dok je postojeće nacionalne smjernice potrebno prilagoditi primjeni u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Potrebna je i stalna edukacija obiteljskih doktora, posebno u vještinama vođenja kliničkog intervjua s takvim pacijentima, te informiranje opće populacije o mentalnim bolestima i poremećajima te oblicima njihovog manifestiranja.

Literatura

- Hoyt LT, Chase-Lansdale PL, McDade TW, Adam EK. Positive youth, healthy adults: does positive well-being in adolescence predict better perceived health and fewer risky health behaviors in young adulthood? *J Adolesc Health*. 2012;50:66-73.
- Charles ST, Reynolds CA, Gatz M. Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *J Pers Soc Psychol*. 2001;80:136-51.
- Piazza JR, Charles ST, Almeida DM. Living with chronic health conditions: age differences in affective well-being. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2007;62:P313-21.
- Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Alexopoulos GS, Frank E, Reynolds CF 3rd. Comorbidity of depression and anxiety disorders in later life. *Depress Anxiety*. 2001;14:86-93.
- Onder G, Palmer K, Navickas R, Jurevičienė E, Mammarella F, Strandzheva M i sur. Time to face the challenge of multimorbidity. A European perspective from the joint action on chronic diseases and promoting healthy ageing across the life cycle (JA-CHRODIS). *Eur J Intern Med*. 2015;26: 157-9.
- Balash Y, Mordechovich M, Shabtai H, Giladi N, Gurevich T, Korczyn AD. Subjective memory complaints in elders: depression, anxiety or cognitive decline? *Acta Neurol Scand*. 2013; 127:344-50.
- Arola HM, Nicholls E, Mallen C, Thomas E. Self-reported pain interference and symptoms of anxiety and depression in community-dwelling older adults: can a temporal relationship be determined? *Eur J Pain*. 2010;14:966-71.
- Cassidy KL, Rector NA. The silent geriatric giant: anxiety disorders in late life. *Geriatrics Aging*. 2008;11:150-6.
- Neubauer DN. Sleep problems in the elderly. *Am Fam Physician*. 1999;59:2551-8.
- Valiengo L da C, Stella F, Forlenza OV. Mood disorders in the elderly: prevalence, functional impact, management and challenges. *Neuropsychiatric Dis Treat*. 2016;12:2105-14.
- Alexopoulos GS. The vascular depression hypothesis: 10 years later. *Biol Psychiatry*. 2006; 60: 1304-5.
- Simen AA, Bordner KA, Martin MP, May LA, Barry LC. Cognitive dysfunction with aging and the role of inflammation. *Ther Adv Chronic Dis*. 2011;2:175-95.
- Wittchen HU, Mühlhig S, Beesdo K. Mental disorders in primary care. *Dialogues Clin Neurosci*. 2003;5:115-28.
- Yardley L, Smith H. A prospective study of the relationship between feared consequences of falling and avoidance of activity in community-living older people. *Gerontologist*. 2002;42: 17-23.
- Kessler RC, Bromet EJ. The epidemiology of depression across cultures. *Annu Rev Public Health*. 2013;34:119-38.
- Fiske A, Wetherell JL, Gatz M. Depression in older adults. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009;5:363-89.
- Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol Med Sci*. 2003;58:249-65.
- Ellen SR, Norman TR, Burrows GD. MJA Practice Essentials. Assessing anxiety and depression in primary care. Dostupno na: <https://pdfs.semanticscholar.org/61e0/ce5c0be6be57bb9c9cb2be77bc453c9e12a0.pdf>. (6. lipanj 2018.)
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (DSM-5). 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- Sinnige J, Braspenning J, Schellevis F, Stirbu-Wagner I, Westert G, Korevaar J. The prevalence of disease clusters in older adults with multiple chronic diseases – a systematic literature review. *PLoS One*. 2013;

- 8(11): e79641. Dostupno na: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0079641>
21. (26. studeni 2018.)
 22. Wilkins CH, Mathews J, Sheline YI. Late life depression with cognitive impairment: evaluation and treatment. *Clin Interv Aging*. 2009;4:51-7.
 23. Terasi J, Abrams R, Holmes D, Ramirez M, Eimicke J. Prevalence of depression and depression recognition in nursing homes. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2001;36:613-20.
 24. Rea IM, Gibson DS, McGilligan V, McNerlan SE, Alexander HD, Ross OA. Age and age-related diseases: role of inflammation triggers and cytokines. *Front Immunol*. 2018;9:586.
 25. Dostupno na: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fimmu.2018.00586/full>
 26. (26. studeni 2018.)
 27. Brown EL, Raue P, Halpert KD, Titler MG, Adams S. Detection of depression in older adults with dementia. *J Gerontol Nurs*. 2009;35(2):11-15.
 28. World Health Organization. Disabilities. 2018. Dostupno na: <http://www.who.int/topics/disabilities/en/> (30. lipanj 2018.)
 29. Wilkins VM, Kiosses D, Ravdin LD. Late-life depression with comorbid cognitive impairment and disability: nonpharmacological interventions. *Clin Interv Aging*. 2010;5:323-31.
 30. Li LW, Conwell Y. Effects of changes in depressive symptoms and cognitive functioning on physical disability in home care elders. *J Gerontol A Bio Sci Med Sci*. 2009;64:230-6.
 31. Alexopoulos GS, Vrontou C, Kakuma T, Meyers BS, Young RC, Klausner E i sur. Disability in geriatric depression. *Am J Psychiatry*. 1996;153:877-85.
 32. Vaughan L, Corbin AL, Goveas JS. Depression and frailty in later life: a systematic review. *Clin Interv Aging*. 2015;10:1947-58.
 33. Xue QL. The frailty syndrome: definition and natural history. *Clin Geriatr Med*. 2011;27:1-15.
 34. Fried LP, Ferrucci L, Darer J, Williamson JD, Anderson G. Untangling the concepts of disability, frailty and comorbidity: implications for improved targeting and care. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2004;59:255-63.
 35. NICE Clinical guidelines. Depression in adults: treatment and management (update). Dostupno na <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-cgwave0725/documents/full-guideline-updated> (30. studeni 2018.)
 36. Structured Clinical Interview for DSM-5 (SCID-5). Dostupno na: <https://www.appi.org/products/structured-clinical-interview-for-dsm-5-scid-5> (26. studeni 2018.)
 37. Raue PJ, Alexopoulos GS, Bruce ML, Klimstra S, Mulsant BH, Gallo JJ. The systematic assessment of depressed elderly primary care patients. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16:560-9.
 38. Francetić I. i sur. Farmakoterapijski priručnik. 7. izd. Zagreb: Medicinska naklada;2015.
 39. Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, Tourjman SV, Bhat V, Blier P i sur. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016. Clinical Guidelines for the Management of Major Depressive Disorder in Adults. Section 3. Pharmacological Treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61:540-60.
 40. Mihaljević-Peš A, Šagud M. Psihofarmakološke smjernice za liječenje depresije. *Medix*. 2013;19(106):151-5.
 41. Jobst A, Brakemeier EL, Buchheim A, Caspar F, Cuijpers P, Ebmeier KP i sur. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *Eur Psychiatry*. 2016;33:18-36.
 42. Ercegović J, Katić M. Značajke upućivanja bolesnika psihijatru iz ordinacije obiteljske medicine. *Med Fam Croat*. 2015;22(1): 7-16.