

Demencija i psihički poremećaji

Dementia and Mental Disorders

NINOSLAV MIMICA^{1,2}, MARIJA KUŠAN JUKIĆ³

¹ Klinika za psihijatriju Vrapče, Zavod za biologijsku psihijatriju i psihogerijatriju, Zagreb

² Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

³ Savjetovalište za psihogerijatriju Centra za mentalno zdravlje i prevenciju ovisnosti, Nastavni zavod za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar“, Zagreb

SAŽETAK Pojava psihičkih simptoma u osoba koje boluju od Alzheimerove bolesti i drugih demencija jedan je od većih izazova u skrbi za oboljele. Psihički poremećaji u smislu depresije, psihotične dekompenzacije stanja i delirija superponiranog na demenciju mogu znatno utjecati na kognitivne funkcije, ubrzati njihovu deterioraciju i odraziti se na funkcioniranje osoba s demencijom i njihovu samostalnost u aktivnostima svakodnevnog života. Psihički simptomi u okviru pojedinih kliničkih slika (primjerice, depresivne ili psihotične) nalažu intervencije u planu liječenja osoba s demencijom, primjenu psihofarmaka i niza nefarmakoloških metoda, kao i liječenje tjelesnog komorbiditeta uz razmjerno visok rizik od pojave nuspojava, interakcija lijekova i različitih komplikacija.

KLJUČNE RIJEČI: Alzheimerova bolest, demencija, delirij, depresija, ponašajni i psihički simptomi demencije

SUMMARY The appearance of psychiatric symptoms in patients suffering from Alzheimer's disease and other dementia is a great challenge. Mental disorders such as depression, psychotic decompensation and delirium superimposed on dementia may significantly affect cognitive functions, accelerate deterioration and negatively affect the functioning and the independence in activities of daily life. Mental symptoms within certain clinical pictures (eg, depressive or psychotic) in people with dementia require treatment through the use of psychopharmaceuticals and a range of non-pharmacological methods, as well as the treatment of somatic comorbidities with a relatively high risk of side effects, drug interactions and various complications.

KEY WORDS: Alzheimer's disease, dementia, delirium, depression, behavioral and psychiatric symptoms of dementia



Najčešći psihički simptomi u osoba s Alzheimerovom bolesti (AB) u njezinoj ranoj fazi jesu apatija, emocionalna inkontinencija, depresivni simptomi i anksioznost, dok se s napredovanjem bolesti javljaju poremećaji spavanja, razdražljivost, agitacija, agresivno ponašanje, psihomotorni nemir, deluzije, halucinacije (slika 1.) (1, 2). Potonji simptomi opisuju se u američkoj literaturi kao „neuropsihijatrijski simptomi“, dok ih Finkel i sur. nazivaju ponašajnim i psihičkim simptomima demencije (engl. *behavioural and psychological symptoms of dementia* – BPSD) (3). Kako bolest napreduje, bilježi se povećana učestalost simptoma iz kruga BPSD-a te se smatra da 64% osoba oboljelih od AB-a ima jedan ili više psihičkih i/ili ponašajnih simptoma (4).

Simptomi BPSD-a mogu se pojaviti zbog straha, promjene rutine i okoline osobe s demencijom, osjećaja ugroze, tjelesnih pogoršanja stanja, nuspojava lijekova, napose psihofarmaka, te kao posljedica promjena na mozgu. Potrebno je imati na umu da pojedina stanja kao što su bol, infekcije, senzorne teškoće, učinci lijekova mogu izazvati pojavu psihičkih simptoma u osoba s demencijom (4). Psihički simp-

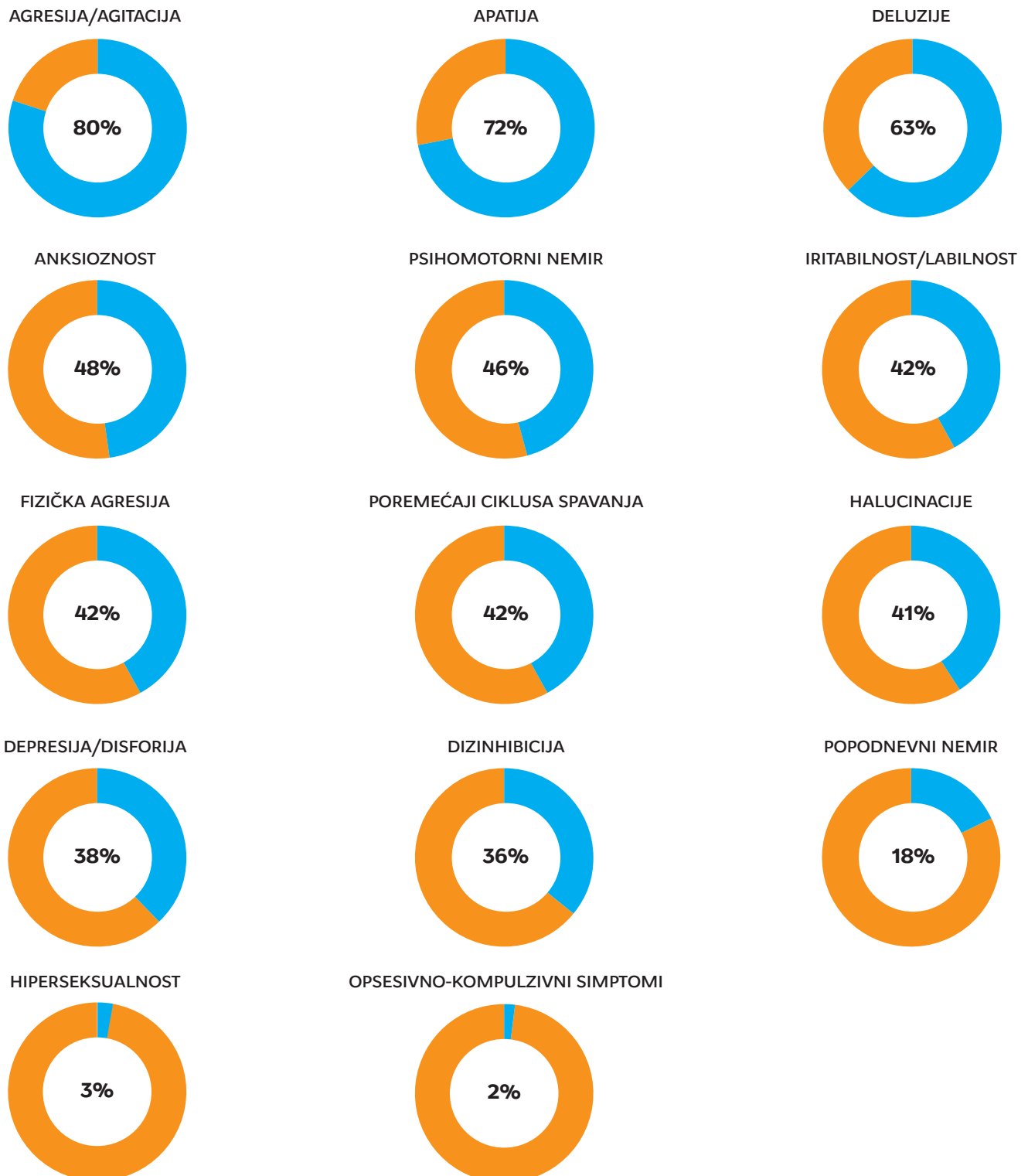
tomi (u smislu deluzija i halucinacija) uz pojačanu osjetljivost na psihofarmake češći su kod pojedinih demencija, primjerice, kod demencije Lewyjevih tjelešaca. Promjene na planu ličnosti, gubitak kontrole nagona, uz vulgarnost, hiperaktivnost i pojavu repetitivnih ponašanja češći su u osoba s frontotemporalnom demencijom (5).

Promjene u okolini i socijalnoj interakciji također mogu izazvati simptome BPSD-a kao što su: 1) nemogućnost izražavanja vlastitih potreba; 2) gubitak doživljaja sebe; 3) neprikladno visoka očekivanja od osobe s demencijom kojima ona ne može udovoljiti; 4) dosada.

Prema rezultatima istraživanja, do 90% vremena u kojem se pojavljuju ponašajni i psihički simptomi u smislu agitacije, iritabilnosti, nemira, poremećaja spavanja i emocionalnog stresa u osoba s demencijom izazvani su nečime (najčešće nekom promjenom) u okolini ili pristupom i postupkom formalnog ili neformalnog njegovatelja, odnosno pojavom tjelesnog komorbiditeta (4, 5).

Neki autori, npr., Spalletta i sur. (2) skloni su simptomima psihičkih poremećaja u osoba s Alzheimerovom bolesti i dru-

Slika 1. Učestalost psihičkih simptoma u osoba s demencijom



gim demencijama razmatrati u okviru klinički različitih neuropsihijatrijskih sindroma te razlikuju: 1) apatiju; 2) afektivni sindrom (depresija i anksioznost); 3) psihomotorni sindrom (agitacija, iritabilnost i promjena psihomotorne aktivnosti); 4) psihotični sindrom (deluzije i halucinacije); 5) manični sindrom (dezinhibicija i euforija).

Upravo razmatranje psihičkih i ponašajnih simptoma u osoba s AB-om i drugim demencijama na način njihova

razvrstavanja u različite kliničke slike smatramo bliskim liječnicima obiteljske medicine, neurolozima i psihijatrima kojima će navedeni pristup olakšati izradu plana liječenja BPSD-a, odnosno izbor psihofarmaka.

Anksioznost u kliničkoj slici osobe s demencijom

Osim iracionalnog, neodređenog strahovanja i pretjerane

Tablica 1. Diferencijalna dijagnoza depresije, demencije i delirija

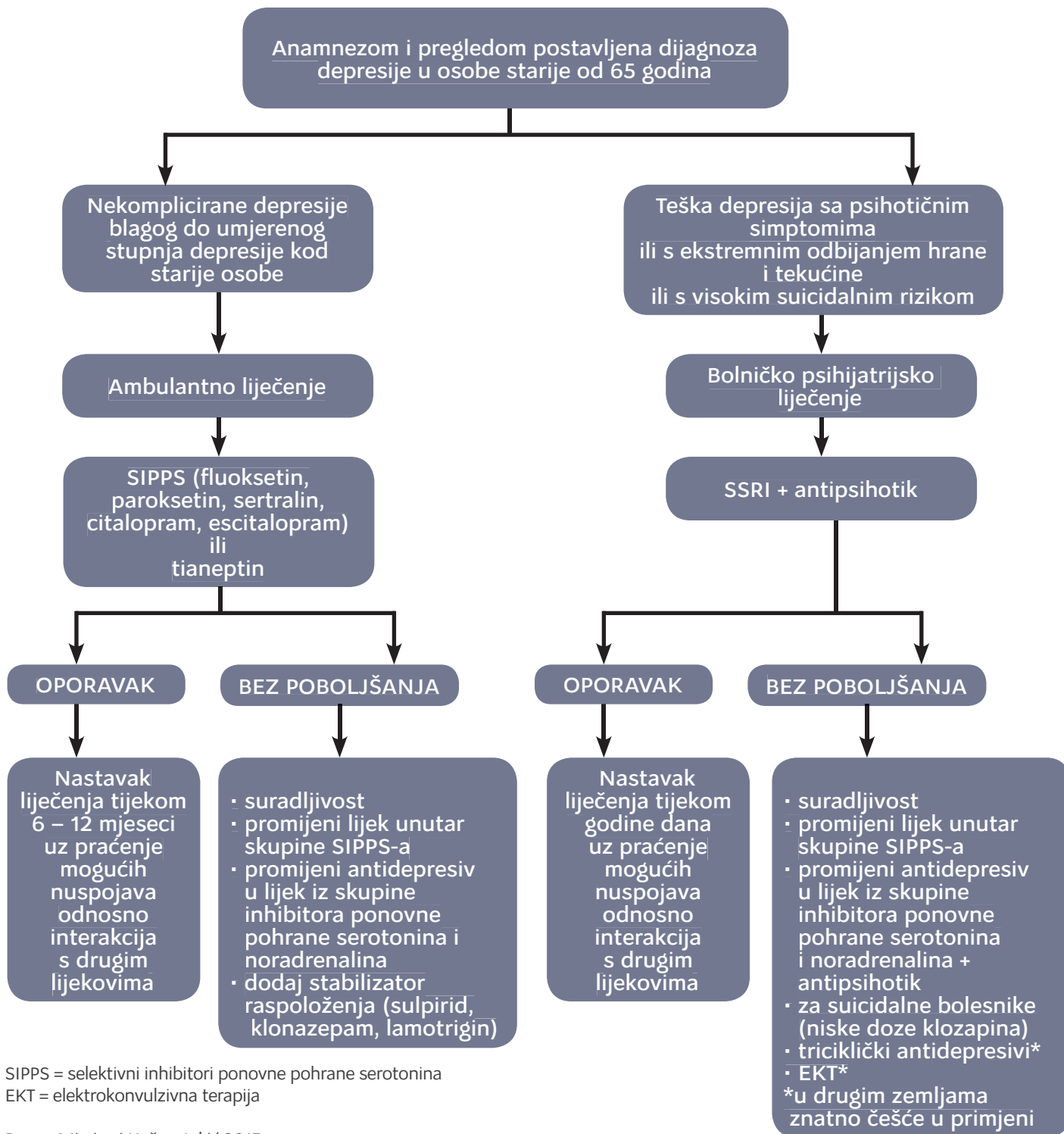
	Depresija	Demencija	Delirij
Karakteristike	tuga i anhedonija	gubitak pamćenja	konfuzija i nepažnja
Početak	polagan	podmukao	akutan
Tijek	jedna ili ponavljane epizode, može biti kroničan	kroničan, progresivan, stabilan tijekom dana	fluktuirajući, pogoršanja noću
Trajanje	tjedni, mjeseci	mjeseci, godine	sati do mjeseci
Svijest	normalna	normalna	promijenjena
Pažnja	može biti oštećena	uredna do posljednjih stadija	oštećena
Orijentacija	normalna	slaba	fluktuirajuća
Govor	uredan ili usporen	prisutne pogreške	inkohherentan
Mišljenje	uredno	osiromašeno	dezorganizirano
Iluzije i halucinacije	nisu uobičajene	rijetko, osim u kasnijim stadijima	česte, vizualne
Percepcija	uredna	promijenjena ili uredna	promijenjena
Psihomotorika	promijenjena	uredna	promijenjena
Reverzibilnost	moguća	vrlo rijetka	uobičajena
EEG	uredan	blago difuzno usporenje	srednje do teško usporenje

Prilagođeno prema Fong i sur. 2009. i Lucijanić i sur. 2016.

brige, u osoba s anksioznošću javljaju se i drugi emocionalni simptomi kao što su razdražljivost, teškoće u koncentraciji, psihomotorni nemir, osjećaj užasa, napetosti, nervoze, očekivanja najgora mogućeg ishoda, traženje znakova opasnosti. Anksioznost nije samo osjećaj već kompleksan doživljaj neodređenog straha koji je gotovo redovito praćen nizom tjelesnih simptoma kao što su lupanje srca, znojenje, tremor, napetost mišića, trzaji, vrtoglavica, glavobolja, umor, učestalo mokrenje, proljev, napetost u epigastriju, području želuca, nesanica, kratak dah i sl. Postoji veza između anksioznosti i depresije te će većina osoba s izrazitom anksioznošću patiti i od depresije. Depresija pogoršava anksioznost, a vrijedi i *vice versa*, što upućuje na biološku povezanost depresije i anksioznosti. Važno je istaknuti da napredovanjem Alzheimerove bolesti, pa i u njezinoj uznapredovaloj fazi, oboljela osoba ne gubi emocije, s njom se može komunicirati na emotivnom nivou. Osoba s demencijom prepoznat će tako anksioznost njegovatelja, neće je moći razumjeti, niti

si ju objasniti, ali će na nju reagirati najčešće jednako tako anksiozno. Anksioznost kao simptom usko je povezana uz emocije i stoga se može pojaviti u osoba s demencijom u bilo kojem stadiju bolesti, od prodromalnoga, rane demencije, umjerenog do uznapredovaloga stadija duboke demencije. Osoba s demencijom možda neće moći verbalizirati vlastitu tjeskobu, bit će vidno uznemirena, a anksioznost će se moći prepoznati u tjeskobnom izrazu njezina lica i u tjelesnim simptomima (znojenje, tremor, lupanje srca i sl.). Ublažavanje tjeskobe niskom dozom lijekova s anksiolitičkim djelovanjem (kao što su oksazepam, alprazolam, klonaepam, sulpirid, antidepresivi skupine inhibitora povratne pohrane serotonina – posebice u okolnostima kada anksioznost prati depresiju) važno je za opće stanje osobe oboljele od Alzheimerove bolesti ili neke druge demencije te olakšava njezino zbrinjavanje u krugu obitelji ili u instituciji. Potrebno je imati na umu da anksiolitici mogu izražavati sedativno djelovanje te nepovoljno utjecati na kognitivne

Slika 2. Smjernice za liječenje i praćenje depresije u starijih osoba



funkcije pa se preporučuju niske doze kraće vrijeme odnosno njihova povremena primjena u određenim situacijama pojačane anksioznosti (4).

Depresivna klinička slika

Depresija u starijih osoba može klinički sličiti demenciji, što objašnjava upotrebu termina „pseudodemencija“. Uz

prikladno liječenje simptomi depresije u smislu zatajivanja kognitivnih funkcija i psihomotorne retardacije mogu biti reverzibilni, što nije slučaj s demencijom (tablica 1.) (6, 7). Međutim, depresivno raspoloženje, gubitak interesa, osjećaj bespomoćnosti i beskorisnosti, uz niz somatizacijskih simptoma često se pojavljuju 2 – 3 godine prije pojave ostalih simptoma Alzheimerove bolesti i drugih demencija

Tablica 2. Raspon doza antidepresiva u starijih osoba

SELEKTIVNI INHIBITORI PONOVNE POHRANE SEROTONINA	RASPON DOZE
FLUOKSETIN	5 – 20 mg/dan
PAROKSETIN	10 – 30 mg/dan
SERTALIN	12,5 – 50 mg/dan
ESCITALOPRAM	do 10 mg/dan
CITALOPRAM	do 20 mg/dan
FLUVOKSAMIN	50 – 100 mg/dan
INHIBITORI PONOVNE POHRANE SEROTONINA I NORADRENALINA	
DULOKSETIN	40 – 60 mg/dan
MIRTAZAPIN	7,5 – 30 mg navečer
VENLAFAKSIN	37,5 – 200 mg/dan
OSTALI ANTIDEPRESIVI	
TIANEPTIN	2 × dan 12,5 mg
BUPROPION	2 × dan 75 – 150 mg

Prilagođeno prema Fong i sur. 2009. i Lucijanić i sur. 2016.

(8). Opisuje se i klinička slika vaskularne depresije koja se prepoznaje u osoba s cerebrovaskularnom bolesti i može prethoditi ili uslijediti nakon moždanog udara te dovesti do vaskularne demencije. Vaskularnu depresiju karakteriziraju neki od simptoma kao što su iritabilnost, disforija, emocionalna inkontinencija, oscilacije u raspoloženju, pa i sklonost agresivnom ponašanju (9).

U radnom stadiju AB-a oboljele osobe, kada su svjesne bolesti, gubitka sposobnosti pamćenja, nemogućnosti obavljanja zadataka koje su prije obavljale bez teškoća, mogu razviti depresiju s osjećajem gubitka da nikada više neće biti bolje niti da se njihova situacija može poboljšati. Oboljeli gube interes za prijašnje aktivnosti koje su ih zanimala i veselile, hobije, postupno za socijalnu interakciju s prijateljima i članovima obitelji. Stoga je u osoba s AB-om često vodeći simptom depresije apatija. Može doći do gubitka apetita s padom od 5% tjelesne mase na mjesec te pojave insomnije s ranojutarnjim buđenjem. Zamjetni su psihomotorna usporenost, usporen govor ili, pak, nemir i potreba za kretanjem (8). Čak i manji zadaci mogu dovesti do osjećaja iscrpljenosti, umora i gubitka energije. Depresivni simptomi dodatno pogoršavaju kognitivno funkcioniranje, utječu na koncentraciju,

usmjeravanje pažnje i teškoće u pamćenju koje su izrazitije nego što se očekuje s obzirom na stadij osnovne bolesti – Alzheimerove demencije. Osobe s depresijom u početnoj fazi AB-a još će teže moći donositi odluke.

Depresija se, bez obzira prati li demenciju ili se njezini simptomi javljaju samostalno, treba i može liječiti sukladno preporukama za liječenje depresije u starijih osoba (slika 2.). Doze antidepresiva niže su i prilagođene farmakokinetici i farmakodinamici osoba starije životne dobi (tablica 2.) (8). Važno je napomenuti ulogu koju antidepresivi što uravnotežuju serotonin imaju u kontroli agresivnog ponašanja u osoba s demencijom, kao i stabilizatori raspoloženja u osoba s oscilacijama u raspoloženju ili, pak, onih koje se prezentiraju maničnom kliničkom slikom.

Psihotična klinička slika

Prema podacima iz literature, pojavnost sumanutih ideja u osoba s AB-om iznosi 63%, a pojavnost halucinacija 41%. Viša prevalencija psihotičnih simptoma nađena je u bolničkih negoli u ambulantnih bolesnika te u osoba s uznapredovalom kognitivnom deterioracijom (1, 2). Smatra se da se psihotični

simptomi javljaju u svakoga drugog bolesnika s AB-om (10). Nađena je povezanost između psihotičnih simptoma u osoba s AB-om i genetskih obilježja, ali i s promjenama u bijeloj tvari u frontalnome, parijetookcipitalnom režnju i bazalnim ganglijima, s disfunkcijom frontotemporalnog korteksa, neurodegenerativnim kortikalnim promjenama te sa sniženom koncentracijom serotonina i povišenom supkortikalnom koncentracijom noradrenalina (11).

Za dijagnozu psihoze u AB-u važno je da se psihotični simptomi javljaju nakon pojave simptoma demencije. Dijagnoza se postavlja kad su simptomi psihoze prisutni kontinuirano ili intermitentno u trajanju od barem jednog mjeseca (11). Razlike između psihoze u sklopu AB-a i shizofrene psihoze u starijih bolesnika jesu brojne. Kompleksne i bizarne deluzije rijetke su u AB-u, a česte u shizofreniji. Deluzije krive identifikacije osoba česte su u oboljelih od AB-a, a rijetke u shizofreniji. Najčešće su halucinacije vidne, za razliku od slušnih u shizofreniji. Pokušaji suicida znatno su rjeđi. Prethodna pojavnost psihoze rijetka je, a kada je riječ o shizofrenoj psihozi, ona je česta te je remisija psihotičnih simptoma znatno češća nego kod shizofrenije (12). Od psihotičnih simptoma najčešće se javljaju sumanute ideje. Sumanutosti su uglavnom jednostavne, nebizarne i paranoidnog tipa. Često su vezane uz kognitivni deficit, odnosno osoba zbog toga što je zaboravila gdje je odložila neku stvar, misli da ju netko potkrada, što je ujedno i najčešća deluzija. Često misli da njezina kuća zapravo nije njezina ili da ju partner vara. Također, česte su deluzije pogrešne identifikacije osoba. Bolesnik tako svoje bližnje zamjenjuje nekim drugim osobama. Vidne se halucinacije javljaju češće nego slušne, za razliku od složenih slušnih halucinacija, često komentirajućeg ili imperativnog karaktera, koje se javljaju u shizofreniji. Paranoidne deluzije javljaju se u ranijoj fazi bolesti nego halucinacije i deluzije pogrešne identifikacije osoba. Uz psihotične simptome uobičajeno je javljanje motoričkog nemira, agitacije te verbalne i fizičke agresije (12). Osim psihoze koja se javlja u sklopu Alzheimerove demencije, diferencijalnodijagnostički potrebno je razmišljati i o ostalim oblicima demencije, poglavito o demenciji Lewyjevih tjelešaca koja se često prezentira vidnim halucinacijama i deluzijama.

Antipsihotik kod starijih osoba biramo primarno prema njegovu profilu nuspojava i interakcijama s ostalim propisanim lijekovima. Da bismo postignuli stabilizaciju stanja i spriječili relapse, antipsihotičnu terapiju kod psihoze u AB-u potrebno je pažljivo i postepeno titrirati, davati kraće vrijeme i u što nižim dozama.

Od 1990. godine u *off-label* upotrebu dolaze noviji antipsihotici (risperidon, olanzapin, kvetiapin, klopazapin, aripiprazol), od kojih je jedino risperidon poslije registriran za liječenje osoba s Alzheimerovom demencijom, ali do šest

tjedana. Imaju slabije antikolinergičko djelovanje i uzrokuju manje ekstrapiramidnih simptoma od konvencionalnih antipsihotika (haloperidola i promazina). Metaanaliza studija antipsihotika kontroliranih placebom pokazala je da pri uporabi antipsihotika u osoba s demencijom postoji viši rizik od mortaliteta (napose zbog veće učestalosti cerebrovaskularnih incidenata) zbog čega su ti lijekovi 2005. dobili upozorenje poznato kao *black box warning* Američke administracije za hranu i lijekove (engl. *Food and Drug Administration* – FDA). Prema smjernicama Američkoga psihijatrijskog udruženja (engl. *American Psychiatric Association* – APA), početna doza iznosi 0,5 mg za haloperidol; 0,5 – 1 mg za risperidon; 2,5 mg za olanzapin; 12,5 mg za kvetiapin; 12,5 mg za klopazapin i 2 – 10 mg za aripiprazol. Maksimalna preporučena doza jest 2 mg na dan za haloperidol; 1,5 – 2 mg za risperidon; 75 – 100 mg za klopazapin; 200 – 300 mg za kvetiapin; 10 mg za olanzapin i 15 mg za aripiprazol (13). Napominjemo da dugogodišnja klinička praksa pokazuje kako je primjena početne do maksimalno dvostruke početne doze antipsihotika često dovoljna (4).

Ako simptomi psihoze nisu prisutni tri do šest mjeseci, trebalo bi razmisliti o ukidanju terapije, a inicijalno bi ju trebalo uvoditi samo ako postoji rizik od samoozljeđivanja ili ozljeđivanja drugih te ako druge nefarmakološke metode nisu polučile uspjeh. Prednost nastojimo dati nefarmakološkim intervencijama.

Delirij superponiran na demenciju _____

Delirij je akutna, najčešće reverzibilna, nespecifična psihoza u čijoj kliničkoj slici dominiraju dezorijentiranost, psihomotorni nemir, konfuzija i dezorganizirano ponašanje. Demencija je vodeći rizični čimbenik za razvoj delirija jer se 2/3 delirija javljaju u osoba s demencijom. Pojava delirija najčešće će znatno pogoršati kognitivno funkcioniranje osobe s demencijom, štoviše, studije praćenja pokazale su da se osobe nakon delirantnog stanja rijetko vraćaju na prijašnju razinu funkcioniranja, imaju višu stopu kognitivnih oštećenja, institucionalizacije i letaliteta (14). Unatoč visokoj stopi učestalosti, simptomi delirija ne prepoznaju se, a jedan od razloga za njihovo neprepoznavanje jest očekivanje da se delirij prezentira samo hiperaktivnom formom (agitacijom, halucinacijama i neprimjerenim ponašanjem), dok se on može pojaviti u hipoaktivnoj formi s letargijom i smanjenom aktivnosti. Njegov fluktuirajući tijek dodatno može sakriti pravu dijagnozu (7). Uzroci delirija obično su multifaktorski, a njegov razvoj uključuje kompleksni međudodnos između vulnerabilnosti osobe i izloženosti precipitirajućim čimbenicima. U osoba koje su visoko vulnerabilne za delirij kao što su, npr., one s demencijom, dolazi do razvoja delirija i na manje povode poput promjene lijeka. Razumijevanje patofiziologije delirija, odnosno vodeće hipoteze usmjerene

prema neurotransmisiji, razmatra nastanak delirija zbog kolinergičkog deficita s posljedičnom dopaminergičkom hiperaktivnosti, što objašnjava da primjena acetilkolinergičkih lijekova može inducirati delirij. Ujedno to objašnjava zašto su dopaminergički lijekovi poput levodope i bupropiona precipitirajući čimbenici delirija (15).

Sve je više dokaza da upalni procesi i traume izazivaju sistemski upalni odgovor i produkciju citokina te pridonose razvoju delirija. To potvrđuje kliničko iskustvo prema kojem osobe s demencijom u pogoršanju tjelesnog stanja (najčešće se radi o upalnim bolestima dišnog ili mokraćnog sustava) u delirantnom stanju budu primljene na psihijatrijski odjel. Stoga je važno u osoba s delirijem istodobno liječiti tjelesne komorbiditete i napose voditi brigu o adekvatnoj hidraciji (16).

Što se tiče psihofarmakološkog liječenja delirija, a temeljem vodeće hipoteze usmjerene na disbalans acetilkolinergičke i dopaminergičke neurotransmisije, jasno je da dopaminski antagonisti poput antipsihotika mogu djelovati na simptome delirija. Izbor antipsihotika ovisi o spektru nuspojava, mogućim interakcijama s drugim lijekovima, uz napomenu da se antipsihotici u osoba s demencijom daju uz oprez, postupno titriranje i redovito praćenje (5). Od antipsihotika starije generacije haloperidol je relativno slaboga sedativnog djelovanja i ima manje izraženo antikolinergičko djelovanje, ali je povezan s većom učestalosti ekstrapiramidnih nuspojava i akutne distonije. Noviji antipsihotici imaju slabije antikolinergičko djelovanje i uzrokuju manje ekstrapiramidnih simptoma, a za osobe s tim simptomima kao što su, npr., one koje boluju od demencije u Parkinsonovoj bolesti, preporučuju se kvetiapin i klozapin.

U farmakoterapiji delirija preporučuje se doza haloperidola 0,5 – 1 mg (može se ponoviti tijekom dana); risperidon 0,5 – 1 mg/dan; olanzapin 2,5 – 5 mg/dan; 25 – 50 mg za kvetiapin; 12,5 – 25 mg za klozapin (7). U osobe s delirijem često dolazi do poremećaja ritma sna te se načelno za reguliranje sna preporučuje uvesti hipnotik – zolpidem, fluzepam, midazolam ili nitrazepam. Za reguliranje sna u osobe s AB-om i drugim demencijama (ako nije delirantna) samo iznimno se mogu preporučiti antipsihotici (4).

Nefarmakološke intervencije

Prije uvođenja antipsihotika u terapiju najprije bi trebalo isključiti sve potencijalne uzroke novonastalog stanja. Valjalo bi revidirati bolesnikovu dosadašnju, a posebice novouvedenu farmakoterapiju, vidjeti je li došlo do promjena u dnevnoj rutini, mjestu boravka ili osobe koja skrbi za bolesnika. Valjalo bi učiniti rutinsku laboratorijsku obradu, odnosno daljnju obradu sukladno zdravstvenom stanju bolesnika kako bi se isključilo pogoršanje tjelesnog stanja kao potencijalni uzrok delirija, a u sklopu delirija i pojave psihotičnih simptoma. Obitelji ili osobi koja se brine za bolesni-

ka potrebno je dati upute o obraćanju pažnje na promjenu bolesnikova psihičkog stanja. Bitno im je objasniti da u slučaju psihotične dekompenzacije ne trebaju imati negativno stajalište, suprotstavljati se bolesnikovim uvjerenjima te kako bi bilo dobro pokušati mu odvući pozornost nekom od aktivnosti koje voli (17).

Okoliš u kojem bolesnici borave trebao bi biti siguran i njima poznat, odnosno prilagođen tako da ne mogu odlutati, pasti ili se na bilo koji način ozlijediti. Mehaničke mjere sputavanja treba izbjegavati. Adekvatno osvjetljenje iznimno je važno za osjećaj sigurnosti bolesnikâ (izostanak sjena zbog kojih mogu osjetiti strah i nesigurnost). Potrebno im je omogućiti nošenje slušnog aparata i pomagala za vid te izbjegavati buku. Pri održavanju stabilnoga psihičkog stanja osobama s AB-om i drugim demencijama posebice pomaže uvođenje dnevne rutine ispunjene otprije poznatim aktivnostima (17).

Zaključno

Simptomi psihičkih poremećaja u osoba s Alzheimerovom bolesti i drugim demencijama mogu bitno utjecati na opće funkcioniranje osobe s demencijom, ali i na: 1) njihovu sposobnost samostalnog izvođenja radnja; 2) sigurnost; 3) korist od antidementiva; 4) plan liječenja (kao što je otpust s bolničkog liječenja); 5) smještaj u instituciju; 6) iscrpljenje neformalnih njegovatelja. Ako se psihički i ponašajni simptomi u osobe s demencijom ne liječe, mogu dovesti do brže deterioracije kognitivnih funkcija i smanjene kvalitete života, i osobe s AB-om i članova njezine obitelji.

LITERATURA

1. Jeste DV, Blazer D, Casey D i sur. ACNP White Paper: update on use of antipsychotic drugs in elderly persons with dementia. *Neuropsychopharmacology* 2008;33:957–70.
2. Spalletta G, Musicco M, Padovani A i sur. Neuropsychiatric symptoms and syndromes in a large cohort of newly diagnosed, untreated patients with Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:1026–35. doi: 10.1097/JGP.0b013e3181d6b68d.
3. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioural and psychological symptoms of dementia: consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1996;8:497–500.
4. Mimica N, Presečki P, Kušan Jukić M, Vitezić D. Farmakoterapija u Alzheimerovoj bolesti. U: Tomek-Roksandić S, Mimica N, Kušan Jukić M (ur.). *Alzheimerova bolest i druge demencije – rano otkrivanje i zaštita zdravlja*. Medicinska naklada, Zagreb; 2017, str. 75–85.
5. Kušan Jukić M, Mimica N. Frontotemporalna demencija – ponašajni i psihički simptomi. U: Klepac N, Borovečki F (ur.). *Praktičan*

- pristup bolesniku s demencijom (Frontotemporalna demencija i Alzheimerova bolest). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu – Medicinski fakultet i Medicinska naklada, Zagreb; 2016, str. 27–32.
6. Fong TG, Tulebaev S, Inouye SK. Delirium in elderly adults – diagnosis, prevention and treatment. *Nat Rev Neurol* 2009;5:210–20. doi: 10.1038/nrneurol.2009.24.
 7. Lucijanić D, Kušan Jukić M, Mimica N. Delirij superponiran na demenciju – klinička slika i protokoli za liječenje. *Soc psihijat* 2016;44:130–9.
 8. Mimica N, Kušan Jukić M. Depresija u osoba starije životne dobi – specifičnosti kliničke slike i smjernice za liječenje. *Medix* 2013;19:182–7.
 9. Steffens DC, Helms MJ, Krishnan KR, Burke GL. Cerebrovascular disease and depression symptoms in the Cardiovascular Health Study. *Stroke* 1999;30:2159–66.
 10. Paulsen JS, Salmon DP, Thal LJ i sur. Incidence of and risk factors for hallucinations and delusions in patients with probable AD. *Neurology* 2000;54:1965–71.
 11. Jeste DV, Finkel SI. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome. *Am J Geriatr Psychiatry* 2000;8:29–34.
 12. Rayner A. Managing psychotic symptoms in the older patient. *Geriatrics and Aging* 2007;10:241–5.
 13. APA Work Group on Alzheimer's Disease and other dementias. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. 2. izd. *Am J Psychiatry* 2007;164:5–56.
 14. Fick D, Foreman M. Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. *J Gerontol Nurs* 2000;26:30–40.
 15. Trzepacz P. Update on neuropathogenesis of delirium. *Dement Geriatr Disord* 1999;10:330–4.
 16. Sisek-Šprem M, Kušan Jukić M, Mimica N. Bolničko liječenje osoba s Alzheimerovom bolešću i drugim demencijama. U: Tomek-Roksandić S, Mimica N, Kušan Jukić M (ur.). *Alzheimerova bolest i druge demencije – rano otkrivanje i zaštita zdravlja*. Medicinska naklada, Zagreb; 2017, str. 154–8.
 17. Howe E. Key psychosocial interventions for Alzheimer's disease: an update. *Psychiatry* 2008;5:23–7.



ADRESA ZA DOPISIVANJE:

Prof. dr. sc. Ninoslav Mimica, prim. dr. med.
 Klinika za psihijatriju Vrapče
 Bolnička cesta 32
 HR-10090 Zagreb
 e-mail: ninoslav.mimica@bolnica-vrapce.hr

PRIMLJENO/RECEIVED:

21. 7. 2017./July 21, 2017

PRIHVAĆENO/ACCEPTED:

24. 7. 2017./July 24, 2017

