

Anksiozni poremećaji u starijih osoba

/ *Anxiety Disorders in Elderly*

Alma Mihaljević-Peleš, Marina Šagud

Klinički bolnički centar Zagreb, Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet, Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu, Zagreb, Hrvatska

/ *Clinical Hospital Centre Zagreb, University of Zagreb, School of Medicine, Department for Psychiatry and Psychological Medicine, Zagreb, Croatia*

Udio osoba starije životne dobi u stalnom je porastu u ukupnoj populaciji. Veći udio osoba starije životne dobi pridonosi promjeni morbiditeta karakterističnog za ovo razdoblje života. Anksioznost je jedan od najčešćih simptoma koji prati starije osobe, a posljedica je smanjenih tjelesnih i kognitivnih sposobnosti. Subsindromska anksioznost učestalija je među starijim osobama od depresije i kognitivnih poremećaja. U starijih osoba, stoga postoji „zabrinutost“, koja je posljedica smanjenih sposobnosti i koju ne treba uvijek dijagnosticirati kao poremećaj. Prava anksioznost ili anksiozni poremećaj bitno umanjuju funkcionalnost osobe i zahtijevaju liječenje. Anksioznost i anksiozni poremećaji, očekivano imaju neka posebna obilježja, koja nećemo naći u odrasloj psihijatrijskoj populaciji. Sukladno tome potrebno je prepoznavati ta posebna obilježja anksioznosti u starijoj životnoj dobi, kako bi se većom sigurnosti postavila dijagnoza i osiguralo pravodobno liječenje. Postupak i liječenje gerijatrijske anksioznosti također ima svoja posebna obilježja i pravila. Opća je preporuka da primjena psihofarmaka u starijoj životnoj dobi nije doživotna, te da se povlačenje lijekova mora odvijati u vrlo sporom ritmu od nekoliko mjeseci, kako ne bi došlo do ponovne pojave anksioznih simptoma.

The proportion of older people is continuously increasing in the total population. A higher proportion of the elderly contribute to the change in morbidity characteristics of this period of life. Anxiety is one of the most common symptoms accompanying the elderly and is a consequence of diminished physical and cognitive abilities. Subsyndromal anxiety is more common among the elderly than depression and cognitive impairment. In the elderly, therefore, there exists a "concern" that results from impaired abilities and should not always be diagnosed as a disorder. True anxiety and/or anxiety disorder significantly impairs a person's functionality and requires treatment. Anxiety and anxiety disorders, as expected, have some special characteristics that we will not find in the adult psychiatric population. Accordingly, it is necessary to recognize these particular characteristics of anxiety in the elderly in order for them to be diagnosed with more attention and to ensure timely treatment. The procedure and treatment of geriatric anxiety also has its own special characteristics and rules. It is a general recommendation that the use of psychopharmacological agents in the elderly is not lifelong. Tapering from medication should last for several months in order to avoid the relapse of anxiety symptoms.

ADRESA ZA DOPISIVANJE /

CORRESPONDENCE:

Prof. dr. sc. Alma Mihaljević-Peleš, dr. med.
Klinika za psihijatriju i psihološku medicinu
KBC Zagreb
Kišpatićeva 12
10 000 Zagreb, Hrvatska
E-pošta: alma.mihaljevic.peles@mef.hr

KLJUČNE RIJEČI / KEY WORDS:

Anksiozni poremećaji / *Anxiety Disorders*
Dijagnostika / *Diagnostics*
Liječenje / *Treatment*
Starije osobe / *Older People*

TO LINK TO THIS ARTICLE: <https://doi.org/10.24869/spsih.2019.283>

Zbog stalnog porasta broja starijeg stanovništva, njegova udjela u ukupnom stanovništvu i sve veće zastupljenosti kroničnih bolesti povećava se korištenje zdravstvenih, socijalnih i financijskih resursa zajednice (1). Zdravlje starijih osoba postaje sve značajniji problem i izazov za zdravstvenu službu i društvo u cjelini (2).

Anksioznost je jedan od najčešćih simptoma koji se primjećuje u starijih osoba. Subsindromalna anksioznost je učestalija od depresije i kognitivnih poremećaja. Najčešći anksiozni poremećaj koji se pojavljuje u kliničkoj praksi je generalizirani anksiozni poremećaj (7,8 %), zatim fobije (3,1 %), panični poremećaj (1 %) i opsesivno kompulzivni poremećaj (OKP) (0,6 %). Dvije indijske studije pokazale su da ukupna prevalencija anksioznih poremećaja iznosi 10,8 %, odnosno 10,7 % (3,4). Anksioznost je dakle, među svim drugim psihičkim poremećajima gerijatrijske populacije vrlo značajan poremećaj. Stoga je od velike važnosti pomoći psihijatrima u svakodnevnoj kliničkoj praksi da prepoznaju anksiozne poremećaje u starijoj populaciji, procijene ih, ispravno liječe i upravljaju nuspojavama lijekova.

KLINIČKA OBILJEŽJA I DIJAGNOZA ANKSIOZNOSTI U STARIJIH OSOBA

Novi klasifikacijski sustavi (tablica 1.) u DSM-5 uvode promjene u klasifikaciju anksioznih poremećaja (5,6). Kako će to biti u MKB-11 uskoro ćemo vidjeti.

Klinička prezentacija anksioznosti i anksioznih poremećaja očekivano se razlikuje kod starijih osoba i odrasle populacije bolesnika. U starijih osoba postoji „zabrinutost“, koju ne trebamo i ne možemo uvijek dijagnosticirati kao poremećaj. Treba imati na umu da se radi o vulnerabilnoj populaciji, koja zbog smanjenih sposobnosti, počinje razvijati anksioznost od izlaska

Due to the continuous increase in the elderly population, its share in the total population, and the increasing prevalence of chronic diseases, the use of community health, social, and financial resources is increasing (1). The health of the elderly is becoming an increasingly significant problem and challenge for health services and society as a whole (2).

Anxiety is one of the most common symptoms seen in the elderly. Subsyndromal anxiety is more common than depression and cognitive impairment. The most common anxiety disorder that occurs in clinical practice is generalized anxiety disorder (7.8%), followed by phobias (3.1%), panic disorder (1%), and obsessive-compulsive disorder (OCD) (0.6%). Two Indian studies have shown that the overall prevalence of anxiety disorders is 10.8% and 10.7%, respectively (3,4). Therefore, anxiety is a significant disorder among all other psychiatric disorders of the geriatric population. It is of great importance to help psychiatrists to identify anxiety disorders in the elderly population in their daily clinical practice, evaluate them, properly treat them, and manage their side effects.

CLINICAL FEATURES AND DIAGNOSIS OF ANXIETY IN THE ELDERLY

The new classification systems (Table 1) with DSM-5 introduce changes to the classification of anxiety disorders (5,6). We will soon have a chance to see whether any changes are coming to ICD-11.

The clinical presentation of anxiety and anxiety disorders differs in the elderly population. In the elderly, there exists a “concern” which should not and cannot always be diagnosed as a disorder. We should keep in mind that this is a vulnerable population which, due to its reduced

TABLICA 1. Promjene u klasifikaciji anksioznih poremećaja u DSM-5 u odnosu na MKB-10.
TABLE 1. Changes in the classification of anxiety disorders in DSM-5 with respect to the ICD-10.

MKB-10 / ICD-10	DSM-5 / DSM-5
<p>F40 Fobični anksiozni poremećaj / F40 Phobic anxiety disorders F40.0 agorafobija / F40.0 agoraphobia F40.1 socijalna fobija (antropofobija, socijalna neuroza) / F40.1 Social phobias (anthropophobia, social neurosis) F40.2 specifične fobije (akrofobija, animalofobija, klaustrofobija, jednostavne fobije) / F40.2 specific phobias (acrophobia, animal phobia, claustrophobia, simple phobia) F40.8 druge fobične anksioznosti / F40.8 other phobic anxiety disorders F40.9 fobični anksiozni poremećaji nespecificirani (nespecificirana fobija, nespecificirano fobično stanje) / F40.9 phobic anxiety disorder, unspecified (phobia NOS, phobic state NOS)</p> <p>F41 Drugi anksiozni poremećaji / F41 Other anxiety disorders F41.0 panični poremećaj (epizodična paroksizmalna anksioznost) / F41.0 Panic disorders (episodic paroxysmal anxiety) F41.1 generalizirani (opći) anksiozni poremećaj / F41.1 Generalized anxiety disorder</p>	<p>Anksiozni poremećaji / Anxiety disorders Separacijski anksiozni poremećaj / Separation anxiety disorder Selektivni mutizam / Selective mutism Specifična fobija / Specific phobia Socijalna fobija / Social phobia Panični poremećaj / Panic disorder Agorafobija / Agoraphobia Generalizirani (opći) anksiozni poremećaj / Generalized anxiety disorder</p>
<p>F42 Opsesivno kompulzivni poremećaj / F42 Obsessive-compulsive disorder</p>	<p>Opsesivno kompulzivni poremećaji (posebno su klasificirani) / Obsessive-compulsive disorder (separate classification) Opsesivno kompulzivni poremećaj / Obsessive-compulsive disorder Dismorfični tjelesni poremećaj / Body dysmorphic disorder Prikrivajući poremećaj / Hoarding disorder Trihotilomanija / Trichotillomania Poremećaj grebanja / Excoriation disorder</p>
<p>F43 Reakcije na teški stres i poremećaj prilagodbe / F43 Reaction to severe stress and adjustment disorder F43.0 akutna reakcija na stres / F43.0 acute stress reaction F43.1 posttraumatski stresni poremećaj / F43.1 posttraumatic stress disorder F43.2 poremećaj prilagodbe / F43.2 adjustment disorder</p>	<p>Trauma i stresom izazvani poremećaji / Trauma and stressor-related disorder (separate classification) Reaktivni poremećaj zbog povezanosti / Reactive attachment disorder Dezinhbirani poremećaj socijalnog ponašanja / Disinhibited social engagement disorder Posttraumatski stresni poremećaj / Posttraumatic stress disorder Akutna reakcija na stres / Acute stress reaction Poremećaj prilagodbe / Adjustment disorder</p>

iz kuće zbog mogućih padova. Koliko ova anksioznost utječe na smanjenje funkcionalnosti, trebamo utvrditi detaljnim ispitivanjem povijesti bolesti (7). Kod ispitivanja anamneze treba voditi računa o sljedećim podatcima:

- Značajni životni i medicinski podatci:
 bračno stanje, mjesečni prihodi, stanovanje – osamljenost i socijalna podrška, prisutne bolesti i kronična stanja, upotreba sredstava ovisnosti i lijekova, kognitivna oštećenja, vidna i slušna oštećenja, sposobnost vođenja brige o osobnoj higijeni i oblačenju, nedavni životni stresori – gubitak bliskih osoba, obiteljski hereditet
- Lijekovi koji potiču anksioznost:
 levodopa, amantadin, bromokriptin, ciklosporin, interferon, hormoni štitnjače, kofein, amfetamin i sl.
- Rizični čimbenici za anksioznost u starijih osoba:

abilities, develops anxiety of leaving the home because of the possibility of falling. In order to determine to what extent this anxiety influences the decrease in functionality, a detailed medical history needs to be examined (7). The following information should be considered when taking a medical history:

- Significant life-related and medical information:
 marital status, income, loneliness and social support, illnesses and chronic conditions, use of drugs and medications, cognitive impairment, visual and hearing impairment, ability to take care of personal hygiene and dressing, recent life stressors - loss of loved ones, family heredity
- Medications that can cause anxiety:
 levodopa, amantadine, bromocriptine, cyclosporine, interferon, thyroid hormones, caffeine, amphetamine, etc.

- ženski spol, slabija obrazovanost, siromaštvo, udovac/ica, rastava, kronične bolesti i traumatska iskustva iz djetinjstva
- d) Psihološki čimbenici:
neuroticizam, slabe socijalne vještine, druge psihičke bolesti, kognitivna oštećenja, prethodni teži psihički poremećaji

Sukladno tome, o gore navedenim podacima, trebamo voditi računa kod dijagnosticiranja anksioznosti i anksioznih poremećaja u starijih osoba. Kako bi naša dijagnostika bila što bolja, trebamo obratiti pažnju na različitost obilježja anksioznih dijagnoza u starijoj populaciji. U tablici 2. navodimo posebna obilježja anksioznih poremećaja u starijoj populaciji bolesnika.

Kod starije populacije prije postavljanja dijagnoze nekog od anksioznih poremećaja svakako treba provjeriti postojanje drugih psihijatrijskih poremećaja i/ili tjelesnih bolesti i poremećaja starije osobe. Ponovo podsjećamo da su dobro ispitana anamneza i pažljiva tjelesna obrada ključni u dijagnostici ovih poremećaja.

Postoje i psihijatrijski instrumenti, koji su prilagođeni za dijagnostiku i otkrivanje anksio-

- c) Risk factors for anxiety in the elderly:
female gender, low education, poverty, widower, divorce, chronic illnesses, and traumatic experiences from childhood
- d) Psychological factors:
neuroticism, poor social skills, other psychiatric illnesses, cognitive impairment, previous severe psychiatric disorders

The above information should be taken into consideration when diagnosing anxiety and anxiety disorders in the elderly. In order to ensure the accuracy of the diagnosis, we should pay attention to the different characteristics of anxiety disorders in the elderly population. Table 2 lists the specific characteristics of anxiety disorders in the elderly patient population.

In the elderly population, the existence of other psychiatric disorders and/or physical illnesses and disorders should be checked before diagnosing any anxiety disorder. Again, a well-taken history and careful physical processing are crucial in the diagnosis of these disorders.

There are also psychiatric instruments, which are tailored for diagnosing and detecting anxiety in the elderly population. For an accurate diagnosis of anxiety in this population, it is

TABLICA 2. Posebna obilježja anksioznih poremećaja u starijoj populaciji bolesnika
TABLE 2. Specific characteristics of anxiety disorders in the elderly patient population

Poremećaj / Disorders	Obilježja / Features
Specifične fobije / Specific phobias	Uobičajeno ima rani početak / It usually has an early start Rijetke u starosti, specifičan je strah od padova / Rare in old age, there is a specific fear of falls
Generalizirani anksiozni poremećaj / Generalized anxiety disorder	Uobičajeno rani početak / Usually an early start Viđa se subsindromski u starosti, strah od bolesti i sl. / Observed as subsyndromal in old age, fear of illness, etc.
Socijalna fobija / Social phobia	Uobičajeno rani početak / Usually an early start Rijetko se dijagnosticira u starosti zbog smanjenja socijalnih interakcija / It is rarely diagnosed in old age due to a decrease in social interactions
PTSP / PTSD	U starosti je subsindromski i kroničan, česta su ponovna proživljavanja traume osobito u ratnih veterana / It is subsyndromal and chronic in old age, traumatic relapses are common, especially in war veterans
Panični poremećaj / Panic disorder	Vrlo rijetko u starijoj životnoj dobi / Very rare in old age Panične atake vidimo u okviru egzistencijalne anksioznosti / Panic attacks occur as part of existential anxiety
Opsesivno kompulzivni poremećaj / Obsessive-compulsive disorders	U starosti obično je dio bihevioralnih i psihičkih poremećaja vezan uz demenciju ili u okviru poremećaja povezanog sa zluporabom psihoaktivnih supstancija / In old age, it is usually part of behavioural and psychiatric disorders related to dementia or within the framework of disorders related to substance abuse

znosti u starijoj populaciji. Za dobru dijagnostiku anksioznosti u ovoj populaciji dobro je koristiti neki od razvijenih instrumenata za starije pacijente poput Gerijatrijske ljestvice za anksioznost ili pak Gerijatrijskog upitnika za anksioznost. Na sl. 1. prikazujemo originalni izgled ovog instrumenta – skraćenu verziju od 10 čestica (8,9). Noel i sur. su 2018. godine pokazali da su obje ljestvice jednako vrijedne u otkrivanju anksioznosti starijih bolesnika (10).

ZBRINJAVANJE I LIJEČENJE ANKSIOZNOSTI U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

Kada jednom utvrdimo radi li se o normalnom starenju, anksioznosti, depresiji, kognitivnim promjenama ili demenciji, možemo ponuditi najbolji mogući tretman tegoba koje ima starija osoba.

Anksioznost se općenito uglavnom liječi ambulantno. Bolničko liječenje je iznimka i koristi se

helpful to use some of the developed instruments for older patients, such as the Geriatric Anxiety Scale or the Geriatric Anxiety Questionnaire. Figure 1 shows the original design of this instrument - a shortened version of 10 items (8,9). In 2018, Noel et al. showed that both scales are equally valuable in detecting anxiety in older patients (10).

MANAGEMENT AND TREATMENT OF ANXIETY IN OLD AGE

Once we determine whether it is normal aging, anxiety, depression, cognitive changes, or dementia, the elderly can be offered the best possible treatment.

Anxiety is generally treated in outpatient care. Hospital treatment is an exception and is used in the following situations: if there is comorbid depression and suicidality, if the anxiety condition is resistant to treatment, e.g. OCD, if the elderly person should be excluded from extremely stressful life circumstances, or when

Ispod se nalazi popis čestih simptoma anksioznosti i stresa. Molimo vas da pomno pročitate svaku od točaka na popisu. Označite koliko često ste osjetili svaki od navedenih simptoma tijekom PROŠLOG TJEDNA, UKLJUČUJUĆI DANAŠNJI DAN tako što ćete staviti oznaku ispod odgovarajućeg odgovora.

/ Below is a list of common symptoms of anxiety or stress. Please read each item in the list carefully. Indicate how often you have experienced each symptom during the PAST WEEK, INCLUDING TODAY by checking under the corresponding answer.

	Nikada / Not at all (0)	Ponekad / Sometimes (1)	Većinu vremena / Most of the time (2)	Cijelo vrijeme / All of the time (3)
1. Osjećao/la sam se razdražljivo. / I was irritable.				
2. Osjećao/la sam se povučeno ili izolirano od drugih. / I felt detached or isolated from others.				
3. Osjećao/la sam se ošamućeno. / I felt like I was in a daze.				
4. Teško mi je bilo mirno sjediti. / I had a hard time sitting still.				
5. Nisam mogao/la kontrolirati svoju zabrinutost. / I could not control my worry.				
6. Osjećao/la sam se nemirno, nervozno ili živčano. / I felt restless, keyed up, or on edge.				
7. Osjećao/la sam se umorno. / I felt tired.				
8. Mišići su mi bili napeti. / My muscles were tense.				
9. Osjećao/la sam se kao da nemam kontrolu nad svojim životom. / I felt like I had no control over my life.				
10. Osjećao/la sam se kao da će mi se nešto grozno dogoditi. / I felt like something terrible was going to happen to me.				

SLIKA 1. Gerijatrijska ljestvica za anksioznost – verzija od 10 čestica (prema Mueller i sur. 2015.)

FIGURE 1. Geriatric Anxiety Scale – 10 item version (according to Mueller et al. 2015)

u sljedećim situacijama: ako postoji komorbidna depresija i suicidalnost, ako je anksiozno stanje rezistentno na liječenje, npr. OKP, ako stariju osobu treba ukloniti iz iznimno stresnih životnih okolnosti ili kad postoji komorbidna tjelesna bolest, koja zahtijeva medicinsku evaluaciju.

Postupak i liječenje uključuje nefarmakološko i farmakološko liječenje. Prije nego objasnimo mogućnosti liječenja osobito je važno educirati njegovatelja. Educiran i poticajan njegovatelj starije osobe jedna je od najvažnijih karika u liječenju starije populacije. Osim informacija o samom poremećaju potrebno je njegovatelja poučiti umjetnosti komuniciranja sa starijom osobom, npr.:

- uvijek morate govoriti umjerenim i umirujućim tonom
- koristite jednostavne riječi i rečenice, govorite sporo
- kada dajete uputu, dajte samo jednu uputu
- ako nudite izbor, ponudite samo dvije opcije
- nemojte koristiti pogrdne izraze i riječi
- nemojte gubiti strpljenje.

NEFARMAKOLOŠKO LIJEČENJE

Nefarmakološko liječenje je liječenje koje uključuje različite pristupe, povoljnije i prihvatljivije od farmakološkog liječenja. Savjetuju se sljedeće metode i tehnike:

- strukturirane dnevne aktivnosti, koje se rutinski provode, smanjuju anksioznost kod starijih osoba
- redovne tjelesne vježbe i fizička aktivnost, šetnja vrtom, plivanje i sl.
- redoviti san, koji je u ovoj dobi skraćen pa ga treba prilagoditi toj činjenici
- bihevioralna terapija: relaksacija, sistemska desenzitizacija, izlaganje i prevencija odgova kod OKP-a i sl.

there is a comorbid physical condition requiring medical evaluation.

Management and treatment include non-pharmacological and pharmacological treatment. Before explaining treatment options, it is especially important to educate the caregiver. An educated and supportive caregiver is the most important link in the treatment of the elderly. Apart from providing information about the disorder, the caregiver should be instructed about the art of communication with the elderly, for example:

- you must always speak in a moderate and soothing tone
- use simple words and sentences, speak slowly
- when giving directions, give only one instruction
- if you offer a choice, offer only two choices
- do not use derogatory terms and words
- do not lose patience

NON-PHARMACOLOGICAL TREATMENT

Non-pharmacological treatment is treatment that involves different approaches, and is more favourable and acceptable than pharmacological treatment. The following methods and techniques are advised:

- structured daily activities, which are routinely performed, reduce anxiety in the elderly
- regular physical exercises and physical activity, walking in the garden, swimming, etc.
- regular sleep, which is shortened at this age, so it needs to be adjusted
- behavioural therapy: relaxation, systematic desensitization, exposure, and prevention of response in OCD, etc.
- cognitive behavioural therapy used to address some specific parts of life

- kognitivno bihevioralna terapija za rješavanje nekih posebnih dijelova života
- „Mindfulness“: tehnika harmonizacije doživljaja uma i osjećaja tijela.
- različite vrste terapija: joga, „art terapija“, terapija plesom, muzikoterapija, vježbanje socijalnih aktivnosti, kognitivna rehabilitacija i druge alternativne metode (masaža, refleksoterapija itd.)
- “mindfulness”: a technique for harmonizing the experience of mind and body.
- different types of therapies: yoga, “art therapy”, dance therapy, music therapy, social activity exercise, cognitive rehabilitation, and other alternative methods (massage, reflexology, etc.)

FARMAKOLOŠKO LIJEČENJE

Ako nefarmakološke metode ne poluču zadovoljavajuću regresiju simptoma, uvode se lijekovi s općom napomenom da se primjenjuju u što manjim dozama i što kraće. U starijoj populaciji stvarno treba slijediti uputu:

„Start low – go slow“ («Kreni nisko – idi polako»)

Antidepresivi i pojačivači učinka

Uobičajeno je da su prva linija liječenja u starijih osoba lijekovi iz skupine SSRI (selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina). Ako prvi izbor ne poluču uspjeh, može se prijeći na drugi i treći izbor. Uvijek treba počinjati s pola preporučene doze, a srednja doza uvijek treba biti niža od preporučene doze za mlađu odraslu populaciju bolesnika. Osim mijenjanja antidepresiva, moguće je koristiti i pojačavajuću terapiju gabapentinom, valproatom, karbamazepinom, propranololom ili antihistaminikom, ali ne duže od dva tjedna. U tablici 3. prikazujemo prvu, drugu i treću liniju izbora lijekova u nekim anksioznim poremećajima starijih.

Pri primjeni lijekova u starijoj životnoj dobi treba voditi računa o komorbidnim stanjima, zbog čega se mogu razviti nepoželjne nuspojave. Posebno treba obratiti pažnju na: produženje QT_c intervala, povišen tlak, povišen očni tlak, antikolinergičke učinke, hiponatremija,

PHARMACOLOGICAL TREATMENT

If non-pharmacological treatment does not obtain a satisfactory regression of symptoms, medication should be introduced. The general recommendation is that medications be administered in low dosages and as briefly as possible. It is very important to follow this instruction in the case of the elderly:

“Start low – go slow”

Antidepressants and augmentation medications

The first line of treatment in the elderly is usually SSRI (selective serotonin reuptake inhibitor). If the first choice does not succeed, the second and third choices should be employed. We should always start with half of the recommended dosage, and the median dosage should always be lower than the recommended dosage for the younger adult patient population. In addition to changing antidepressants, augmentation therapy with gabapentin, valproate, carbamazepine, propranolol, or antihistamine may be used for no more than two weeks. In table 3, we show the first, second, and third line of drug selection in some anxiety disorders in the elderly.

When administering medications to the elderly, one should be aware of comorbid disorders in order to prevent the development of undesirable side effects. Particular attention should be paid to: QTC prolongation, hypertension,

TABLICA 3. Primjena lijekova u starijoj populaciji u prvoj, drugoj i trećoj liniji
TABLE 3. Administration of drugs in the elderly population in the first, second, and third line

Liječenje / Treatment	GAP / GAD	Fobije / Phobias	Panični poremećaj / Panic disorders
Prva linija / First line	SSRI, SNRI, buspiron / SSRI, SNRI, buspirone	SSRI, RIMA / SSRI, RIMA	SSRI, SNRI / SSRI, SNRI
Druga linija / Second line	mirtazapin, pregabalin, TCA, tianeptin / mirtazapine, pregabalin, TCA, tianeptine	SNRI / SNRI	TCA / TCA
Treća linija / Third line	benzodiazepini / benzodiazepines	benzodiazepini, MAOI / benzodiazepines, MAOI	benzodiazepini, MAOI / benzodiazepines, MAOI

sindrom sustezanja nakon ukidanja lijekova, serotoninški sindrom pri kombinacijama, hiponatremija i sl.

elevated eye pressure, anticholinergic effects, hyponatremia, withdrawal symptoms, serotonin syndrome, etc.

Benzodiazepini

Nerijetko se u početku liječenja ordiniraju i benzodiazepini. Benzodiazepini ne bi smjeli dugo ostati u terapiji, već nakon 2 tjedna treba smanjivati dozu i ići prema ukidanju prije kraja 4 do 6 tjedna liječenja. Benzodiazepine treba izbjegavati u ovoj dobi, a specifične indikacije su sindrom sustezanja od alkohola, preanestetička medikacija, epilepsija ili izrazito teška anksioznost. Sami benzodiazepini povećavaju vjerojatnost od padova, izazivaju konfuziju i smanjuju kognitivne sposobnosti, a mogu uzrokovati i paradoksnu anksioznost i agitaciju.

U slučaju razvijene ovisnosti na benzodiazepine u određenim slučajevima može se pokušati ukinuti benzodiazepin. Ukidanje se provodi tako da se ordinira zamjenski benzodiazepin produženog djelovanja, a potom se u sporom ritmu ukida po nekoliko tjedana.

ZAKLJUČAK

Svu psihoaktivnu medikaciju kod starijih osoba treba nakon postizanja remisije pokušati smanjivati i ukidati. Opća preporuka je ostavljanje terapije od 1-2 godine. Svako povlačenje psihofarmakološke terapije zahtijeva strpljivo smanjivanje doze i evaluaciju stanja tijekom nekoliko mjeseci.

Benzodiazepines

Benzodiazepines are also frequently administered at the beginning of treatment. Benzodiazepines should not be used in therapy for a long time. Benzodiazepines should be reduced after 2 weeks and discontinued before the end of 4 to 6 weeks of treatment. Benzodiazepines should be avoided at this age. Specific indications are alcohol withdrawal syndrome, pre-anaesthetic medication, epilepsy, and extremely severe anxiety. Benzodiazepines increase the likelihood of falls, cause confusion, and decrease cognitive abilities. They can also cause paradoxical anxiety and agitation.

In the case of a developed dependence on benzodiazepines, benzodiazepines may be discontinued in certain cases. Tapering from medication is performed by administering replacement benzodiazepine with prolonged activity, which is then slowly reduced over a period of several weeks.

CONCLUSION

All psychoactive medication in the elderly should be reduced and discontinued after reaching remission. The general recommendation is to leave therapy for 1-2 years. Each withdrawal of psychopharmacological therapy requires a patient dosage reduction and evaluation of the mental state over several months.

1. Forget EL, Roos LL, Deber RB, Walld R. Variations in lifetime healthcare costs across a population. *Health Policy* 2008; 4: 148-67.
2. United Nations. *World Population Ageing 1950–2050: Department of Economic and Social Affairs, Population Division*. New York: United Nations Publication; 2007.
3. Chowdhury A, Rasanias S. A community based study of psychiatric disorders among the elderly living in delhi. *The Internet Journal of Health* 2007; 7(1).
4. Sreejith SN, Pooja R, Sreekanth SN. Prevalence of psychiatric disorders among the rural geriatric population: A pilot study in Karnataka, India. *Cent Asian J Glob Health* 2015; 4(1).
5. Međunarodna klasifikacija bolesti i srodnih zdravstvenih problema, MKB-10. Zagreb: Medicinska naklada, 1994.
6. American Psychiatric Association, *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, 2013.
7. Subramanyam AA, Kedare J, Singh OP, Pinto C. Clinical practice guidelines for geriatric anxiety disorders. *Indian J Psychiatry* 2018; 60(Suppl 3): S371–82.
8. Segal DL, June A, Payne M, Coolidge FL, Yochim B. Development and initial validation of a self-report assessment tool for anxiety among older adults: The Geriatric Anxiety Scale. *J Anxiety Disord* 2010; 24: 709-14.
9. Mueller AE, Segal DL, Gavett B, Marty MA. Geriatric Anxiety Scale: item response theory analysis, differential item functioning, and creation of a ten-item short form (GAS-10). *Int Psychogeriatr* 2015;27(Special Issue 7 - Late Life Anxiety): 1099-111.
10. Noel O, Pifer M, Mahoney C, Segal D. The geriatric anxiety scale and the geriatric anxiety inventory: relationships to anxiety risk factors. *InnovAging* 2018; 2(1): 283.