

Psihičke smetnje u starijoj životnoj dobi

Daniela Majcenić
Filozofski fakultet u Zagrebu
Odsjek za psihologiju
ORCID: 0000-0002-3827-8484

Sažetak

Zbog napretka medicine i smanjenja nataliteta udio osoba starije životne dobi u populaciji u stalnom je porastu. Psihičke smetnje narušavaju samostalnost, tjelesno zdravlje te kvalitetu života i funkcioniranje općenito. No psihičke se smetnje starijih često podcjenjuju i olako shvaćaju zbog predrasuda i neznanja o starenju te normativnim i patološkim promjenama koje ono nosi. Znakovi narušenog mentalnog zdravlja starijih ponekad se zanemaruju zbog pripisivanja simptoma somatskim bolestima, kao i zbog krivog vjerovanja da je stavove i obrasce mišljenja i osjećaja starijih nemoguće promijeniti jer su se kroz godine ustalili. Psihičke se smetnje kod osoba starije životne dobi također ponekad drugačije manifestiraju nego kod mladih pa je svrha ovoga rada pružiti pregled nekih smetnji prisutnih kod starije populacije. Opisani su neurokognitivni poremećaji delirij i demencija koji su najčešći uzročnici kognitivnih smetnji starijih te čiji simptomi mogu biti slični simptomima psihičkih poremećaja zbog čega se ponekad krivo dijagnosticiraju. Također su opisani i depresija, sumanutu poremećaj, generalizirani anksiozni poremećaj, poremećaji u svezi sa psihoaktivnim tvarima i fobični poremećaji.

Ključne riječi: delirij, psihologija starenja, subklinička depresija, sumanutu paranoidni poremećaj, zlouporaba lijekova

Uvod

Svjetsko stanovništvo sve više stari. Očekuje se da će se u cijelom svijetu broj osoba starijih od 65 od 2019. do 2050. više nego udvostručiti; sa 703 milijuna 2019. narast će na više od 1.5 milijardi 2050. (United Nations, 2019). U Europskoj je Uniji postotak stanovništva starijeg od 65 godina 2021. godine iznosio 20.8 %, a 2050. će, prema procjenama, iznositi 29.5 %. To znači da će gotovo trećina stanovništva današnjih država Europske Unije 2050. godine imati više od 65 godina, a Eurostat predviđa da će oko pola milijuna njih biti starije od 100 godina (European Commission i sur., 2020). U SAD-u je 1900. godine očekivano trajanje života bilo je 47 godina, a medijan dobi svih stanovnika iznosio je nešto manje od 23 godine. Dakle, osobe stare tek 23 godine pripadale su „starijoj“ polovici stanovništva. Najbrojnija dobna skupina bila su djeca mlađa od 15 godina, a postotak starijih od 65 godina iznosio je samo 4.1 % (Hobs i sur., 2002). Do 2021. godine taj se postotak i više nego učetverostručio te je iznosio 17 % (World Bank, 2022d). Hrvatska je, pak, po dobnoj strukturi nešto starija od SAD-a i prosjeka Europske Unije te već sada ima kao najbrojniju dobnu skupinu stanovništva one starije od 65 (Državni zavod za statistiku, 2022). Udio starog stanovništva kroz godine za EU-27, SAD, Hrvatsku i svijet prikazan je u prilogu 1.

Starenje stanovništva događa se zbog smanjenja nataliteta i napretka medicine koja spašava od prerane smrti i poboljšava kvalitetu života (United Nations, 2022). S obzirom na to da većina ljudi nakon 65. godine nije radno aktivna, barem ne na puno radno vrijeme te jer je u prosjeku bolesnija i manje samostalna, značajni će resursi biti potrebni kako bi se starim sugrađanima osiguralo dostojanstveno starenje i primjerena zdravstvena skrb. No, iako je istina je da povećanje proporcije starijih ljudi donosi opterećenje na socijalne ustanove i javni proračun, bilo bi neispravno zaključiti da su starije osobe teret društvu zato što one drugima pridonose na razne načine. Mnogi od njih nastavljaju raditi dugo nakon propisane dobi umirovljenja, a većina ih živi samostalno. Svojim obiteljima često pomažu brinuti o djeci i uskaču im kada ih netko treba pričuvati, a ako ne žive sami, drugim članovima obitelji pomažu oko kućanskih poslova kao što je kuhanje obroka. Mnogi od njih se također bave i volontiranjem te aktivizmom nastoje donijeti pozitivne promjene u svojem društvu (Reynolds i sur., 2022).

Starije se osobe obično definiraju kao oni koji imaju više od 65 godina. Ova se dobna granica ne koristi zato što je to kritična dobna točka nakon koje počinju fiziološki i psihološki procesi starenja, već poglavito zbog socijalnih politika (Davidson i Neale, 1999) poput politika zdravstvenih osiguranja te očekivane dobi umirovljenja ili barem prestanka rada punog radnog vremena (Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), 2017). Budući da je ta dobna granica donekle arbitrarna, neki se istraživači prilikom istraživanja specifičnosti problema starijih osoba koriste nekom drugom dobnom definicijom starosti, kao što je 60 ili 70 godina, što je i u nekim ovdje

spomenutim radovima slučaj. Postoji zabluda da se u starosti događa samo propadanje sposobnosti. Starije osobe na testovima inteligencije postižu lošije rezultate od mladih, pogotovo kada su testovi vremenski ograničeni jer stariji ljudi zadatke rješavaju sporije. Međutim, većina se autora slaže da dolazi do svojevrsne kompenzacije nagomilanim iskustvom. Izloženost i otvorenost novim iskustvima tijekom dugo vremena dovode do razvijanja jedinstvenih sposobnosti starije životne dobi: mudrosti. Također, starije osobe mogu nastaviti učiti i imaju sposobnost usvajanja novih sadržaja, primjene znanja i to na visokom stupnju postignuća (Schaie i Willis, 2001).

Među mladima postoji predrasuda da su svi stari ljudi međusobno vrlo slični, a to je daleko od istine. Baltes (1987) predlaže tri najvažnije skupine čimbenika koji mogu djelovati na razvoj odraslih: normativni dobni faktori, povijesno normativni faktori i nenormativni faktori. Dobno normativni faktori biološki su i okolinski čimbenici koji su visoko korelirani s kronološkom dobi, kao što su pubertet, menopauza ili umirovljenje. Normativni povijesni faktori događaji su koje su iskusili mnogi ljudi dane kulture u određenom vremenu, što ih čini sličnima. To su primjerice rat, ekonomska kriza, epidemije i značajne političke promjene. Nenormativni su faktori događaji koji su značajni u životu određene osobe, no koje ne doživljavaju svi ljudi, npr. gubitak posla, preseljenje ili teška bolest. U funkciji dobi raste broj takvih događaja te se s godinama iskustva kumuliraju i postaju vrlo značajan čimbenik razvoja u starijoj dobi. Mnogi žive puno duže od 65 godina i ovisno o dobi njihovo se zdravlje može značajno razlikovati. Zbog toga se starije osobe mogu podijeliti barem u tri skupine: mladi-stari (osobe starosti od 65 do 75 ili 80 godina), stari-stari (osobe starosti od 75 ili 80 do oko 90 godina) i vrlo stari/najstariji-stari (oni stariji od 85 ili 90 godina) (Schaie i Willis, 2001). Također, budući da starost obuhvaća tako dugačak period ljudskog života, u tu dobnu skupinu spadaju osobe koje su većinu života provele u vrlo različitim okolnostima, čak i ako su živjeli u istoj kulturi. Na zapadnoeuropskom primjeru, osoba koja sada ima 90 godina rodila se u periodu Velike depresije, tj. najveće svjetske gospodarske krize 20. stoljeća, a gotovo cijelo svoje mladenaštvo provela je u periodu obilježenom Drugim svjetskim ratom, dok je osoba od 65 godina svoje mladenaštvo provela u takozvanom Zlatnom dobu Europe, koje su obilježili velik ekonomski rast i oporavak (Crafts, 1994). Moguće je pretpostaviti da će se pripadnici ovih dviju generacija (tj. kohorte) značajno razlikovati.

U istraživanjima utjecaja starenja na mentalno zdravlje bitno je razlikovati učinke dobi od učinka kohorte, odnosno pripadnosti određenoj generaciji. Kao što je ranije rečeno, zbog povijesno normativnih čimbenika pripadnici se različitih kohorti mogu značajno razlikovati – različite kohorte živjele su u vremenima različitih političkih uvjeta, u vremenima kada se razlikovao stupanj razvijenosti medicine i dostupnost medicinskih usluga i u vremenima kada su dostupnost i opća razina obrazovanja bile

drugačije, kao i zdravstvene navike i sl. Razlikovanje dobi i kohorte posebno je bitno u transverzalnim istraživanjima u kojima se uspoređuju pripadnici različitih dobnih skupina u istoj vremenskoj točki prema nekoj konkretnoj varijabli. Primjerice, ako se uspoređuju politički stavovi punoljetnih osoba mlađih od 30 godina i osoba starijih od 65 i rezultat bude da su stariji sudionici konzervativniji, ne može se zaključiti da ljudi starenjem postaju više konzervativni, zato što takva istraživanja ispituju razlike između različitih ljudi koji pripadaju različitim kohortama, a ne prate promjene kod istih ljudi tijekom vremena, stoga razlike u kohortama mogu odražavati njihova jedinstvena iskustva povezana s povijesnim trenutkom u kojem je svaka različita skupina odrastala (Berk, 2006). U longitudinalnim se istraživanjima sudionici prate dugi niz godina da bi se saznalo kako se mijenjaju kroz dob. Međutim, zaključci izvedeni iz longitudinalnih istraživanja također su ograničeni na odabranu kohortu (Berk, 2006). Primjerice, ako pratimo skupinu osoba rođenih u 60-im godinama prošloga stoljeća i kao rezultat dobijemo da oni u starosti često obolijevaju od demencije, ne možemo odmah zaključiti da će i osobe rođene 2000. u starosti obolijevati od demencije u podjednakoj mjeri. Već sada postoje istraživanja koja ukazuju da se učestalost Alzheimerove demencije smanjuje (Wolters i sur., 2020), a moguće je da će u vremenima kada osobe rođene 2000. godine dosegnu starost demencija biti rijetka zbog, primjerice, napretka medicine, a i zato što pripadnici ove kohorte prolaze kroz sasvim drugačija iskustva - dulje se obrazuju, manje puše cigarete i općenito imaju drugačije zdravstvene navike, itd. Još je jedan problem longitudinalnih istraživanja tzv. *selektivni mortalitet*, često osipanje sudionika s najvećim poteškoćama i najmanjim sposobnostima. Posljedično, sudionici koji tijekom svih godina ostanu u istraživanju često su zdraviji od opće populacije te su stoga nalazi utemeljeni na longitudinalnim istraživanjima preoptimistični (Davidson i Neale, 1999). Lako je zamisliti da će sudionici kojima je teško rješavati testove i koji se suočavaju s brojnim zdravstvenim i psihičkim problemima biti manje skloni dolaziti na ponovna testiranja tijekom dugog niza godina. Osim toga, osobe koje se nose s brojnim zdravstvenim, psihološkim i životnim problemima u prosjeku imaju kraći životni vijek pa možda ni ne dožive iduće ispitivanje. Treba uzeti u obzir i učinke vremena mjerenja. Primjerice, zbog kampanja o koronarnim rizicima 1980-ih godina, mnogi ljudi u tadašnjoj generaciji možda su prestali pušiti cigarete. Ako su sudjelovali u longitudinalnom istraživanju i ispitivani 1970. i 1985. godine, njihovo se tjelesno zdravlje, koje obično s godinama slabi, u vremenu kasnijeg mjerenja moglo poboljšati. No do poboljšanja zdravlja nije dovela dob već prestanak pušenja (Davidson i Neale, 1999). Kako bi prevladali neka ograničenja longitudinalnih i transverzalnih nacrti, ponekad istraživači ta dva pristupa kombiniraju. Jedan od načina na koji to čine je korištenje sekvencijalnog nacrti u kojem se tijekom više godina prati nekoliko skupina sudionika različite dobi. Dakle, pripadnici različitih generacija ispituju se kako stare

tijekom brojnih vremenskih točaka. To omogućava usporedbu osoba različite dobi u istoj vremenskoj točki i osoba iste dobi u različitim vremenskim točkama, što pomaže otkriti utjecaj vremena testiranja i kohorte (Berk, 2006; Milas, 2005).

Budući da je udio starog stanovništva vrlo velik i nastavit će se povećavati, važno je usmjeriti resurse u istraživanja specifičnosti njihovog fizičkog, ali i mentalnog zdravlja, specifičnosti tretmana te kako da im se što efikasnije pomogne. No, čak su i stručnjaci za mentalno zdravlje donedavno zanemarivali emocionalne i bihevioralne probleme starijih, vjerojatno zbog pogrešnih uvjerenja prema kojima su duševne poteškoće u starosti, kao što su ekstremno opadanje intelektualnih sposobnosti, stalna tuga i mrzovolja i depresija normalni ili čak očekivani dio starenja pa da se njima ne treba puno baviti (Davidson i Neale, 1999). Postoji i krivo vjerovanje da stari ljudi nisu fleksibilni i da je njihove stavove i obrasce mišljenja i osjećaja nemoguće promijeniti jer su se tijekom godina ustalili pa da su, stoga, mentalni poremećaji kod njih neizlječivi (Graham i sur., 2003). Nužna je edukacija o razlikovanju normalnog i patološkog procesa starenja kako bi se ovakvi štetni mitovi razbili. Istraživanja pokazuju da mnogi zdravstveni djelatnici koji rade sa starijim pacijentima ne znaju dovoljno o gerijatrijskom mentalnom zdravlju (Committee on the Mental Health Workforce for Geriatric Populations, Institute of Medicine, 2012). Uz to, postoji manjak stručnjaka koji se bave psihološkim zdravljem starijih osoba, a kako broj starih ljudi raste, oni će biti sve potrebni (Karel i sur., 2012). Valja spomenuti da se često previđa pritisak na osobe koje se brinu o bolesnim članovima obitelji. Primjerice, za starije osobe oboljele od depresije najčešće se brine ženski član obitelji (npr. majka ili kćer), ponekad bez ikakve pomoći. Često je na njima i većina roditeljske skrbi za djecu, ako ih imaju. Zbog pritiska, stresa i vremena koje provode brinući se o bolesnom članu obitelji, mogu izgubiti posao i kontakt s prijateljima pa onda ostati izolirane od društva. Stoga ne čudi da članovi obitelji koji pružaju skrb imaju i sami povećan rizik od nastanka depresije i anksioznosti (Eckardt, 2020). Ovaj će rad dati pregled nekoliko psihičkih smetnji koji se javljaju kod starijih osoba. Najprije će se opisati dva najčešća uzroka kognitivnih smetnji u starosti – delirij i demenciju, a zatim će biti opisano nekoliko psihičkih poremećaja koji su prisutni među starijima, s naglaskom na usporedbe s mlađom populacijom. Cilj je rada opisati psihičke smetnje starijih radi njihova lakšeg prepoznavanja, ukazati na neke probleme prilikom njihovog prepoznavanja, istaknuti njihove specifičnosti jer se ponekad drugačije manifestiraju nego kod mlađih, a namijenjen je studentima i svima zainteresiranima za ovu temu. Za literaturu se koristilo udžbenicima i radovima na hrvatskom i engleskom jeziku pa je stoga većina referenciranih istraživanja provedena na uzorcima iz Sjeverne Amerike i Europe, a nekoliko njih provedeno je u drugim državama. U radu je u svrhu klasifikacije korištena primarno peta revizija Dijagnostičkog i statističkog priručnika za duševne poremećaje (DSM-V).

Starenje i neurokognitivni poremećaji

Klasifikacija mentalnih poremećaja formalizirana je tek 1952. godine, kada je Američka psihološka asocijacija objavila prvi službeni sustav klasifikacije: Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-I) (Nietzel i sur., 2001). Od tada pa do sada, DSM je revidiran više puta, a DSM-V uvodi kategoriju neurokognitivnih poremećaja. To su poremećaji koje primarno karakterizira slabljenje kognitivnih sposobnosti: učenja, pamćenja, percepcije, pažnje, izvršnih funkcija, socijalne kognicije, jezika te perceptivnih i motoričkih sposobnosti (Sachdev i sur., 2014). Uzrok tome uglavnom su patološki procesi u mozgu ili moždane abnormalnosti (npr. opća atrofija korteksa kod Alzheimerove demencije ili nakupljanje priona u mozgu), a neurokognitivni poremećaji se u većini slučajeva mogu objektivno mjeriti, primjerice neuropsihološkim testovima (Sachdev i sur., 2014). Prema DSM-V tu skupinu poremećaja čine: delirij, veliki neurokognitivni poremećaj, blagi neurokognitivni poremećaj i njihovi etiološki podtipovi (APA, 2022). Veliki neurokognitivni poremećaj djelomično je zamijenio naziv demencija, premda DSM-V ne isključuje njegovo korištenje, pogotovo za etiološke podtipove u kojima je on uobičajen (APA, 2022). U ovom će se preglednom radu koristiti pojmom *demencija* umjesto velikog neurokognitivnog poremećaja iz razloga što se on i dalje često upotrebljava u komunikaciji s pacijentima, zato što je poznatiji (APA, 2022) (jer se njime koristilo u DSM-IV koji je bio na snazi 20 godina i jer se i dalje upotrebljava prema najnovijoj reviziji Međunarodne klasifikacije bolesti MKB-11) te zato što se njime koristilo u svim ovdje citiranim istraživanjima. Najčešći su uzročnici kognitivnih smetnji starijih delirij i demencija (Huang, n. d.; Fong i sur., 2015).

Delirij. Prema Davidson i Neale (1999) delirij se često opisuje kao „zamračeno stanje svijesti“, a neki su od simptoma nesаница, živi snovi (dugački, ponekad emocionalno nabijeni snovi s detaljnim scenarijem kojeg se osoba jasno sjeća nakon buđenja (Cochen i sur., 2005)) i noćne more, obrnut ciklus spavanja zbog kojih je bolesnik uzbuđen i nemiran po noći, a po danu umoran, teškoće koncentracije i usmjeravanja pozornosti, nemogućnost zadržavanja suvislog i usmjerenog tijeka misli. S osobama u deliričnom stanju gotovo je nemoguće razgovarati jer im pozornost toliko lako odluta da skaču s jedne misli na drugu. Mogu biti toliko zbunjeni da ne prepoznaju bliske osobe i izgube orijentaciju u vremenu i prostoru (ne znaju gdje se nalaze i npr. koja je godina). Mogu se javiti perceptivne smetnje (halucinacije), primjerice, objekte u prostoru vide izobličanima ili mnogo manjim ili većim nego što jesu. Kada su u bolnici, mogu izjavljivati da su zapravo u hotelu, a da je njihova medicinska sestra sobarica. Paranoidne sumanutosti pojavljuju se kod 40 do 70 % starijih deliričnih osoba, (Davidson i Neale, 1999), primjerice bolesnik može vjerovati da ga medicinsko

osoblje i obitelj žele otrovati, iako za to nemaju nikakvih indicija. Mogu brzo prelaziti iz jednog emocionalnog stanja u drugo; u jednom trenu mogu biti depresivni pa nakon toga euforični, zatim bijesni, itd. Specifičnost je delirija da oboljeli mogu u razdoblju od 24 sata imati poneke „bistre“ trenutke kada postaju razumljivi i to pomaže da ga stručnjaci razlikuju od demencije (Davidson i Neale, 1999). Patofiziologija delirija još uvijek nije sasvim razjašnjena, no vjeruje se da uključuje abnormalnosti cerebralnog metabolizma i brojnih neurotransmitera te stvaranja upalnih markera. Neki su od uzročnika delirija metabolička neravnoteža (npr. dehidracija, hipoglikemija, hipoksija), infekcije i upale (npr. meningitis, upala pluća, sepsa, urinarne infekcije), hormonalni poremećaji kao što je hipotireoza, tumori mozga, cerebrovaskularni udari, ozljede (npr. opekline), hipotermija (Marcantonio, 2017), povreda glave (Maneewong i sur., 2017), smanjenje konzumacije psihoaktivnih tvari (npr. nagli prekid konzumacije alkohola kod alkoholičara), itd. (Ali i sur., 2011). Kod starijih je osoba najčešći pojedinačni uzrok trovanje propisanim lijekovima, ali uglavnom ima više uzroka koji zajedno dovode do delirija. Neki od rizičnih lijekova su benzodiazepini, opioidni analgetici, antihistaminici, triciklički antidepresivi, barbiturati i antipsihotici (Marcantonio, 2017). Može se reći da je delirij često osjetljiv, ali nespecifičan indikator bolesti (Schapira i sur., 2007), što znači da pojava delirija može ukazivati na postojanje neke bolesti ili patološkog stanja, ali ne daje informaciju o kakvoj se točno bolesti ili patološkom procesu radi.

Klinička se slika delirija može značajno razlikovati od osobe do osobe. Delirij često traje od jednog do četiri tjedna, no neki imaju simptome i nakon godinu dana (McCusker i sur., 2003). Kada se pojavi, obično se razvija brzo, unutar nekoliko sati ili dana, no ako je posljedica infekcije ili metaboličkog poremećaja, simptomi se pojavljuju postepeno, tijekom duljeg vremenskog razdoblja. Neki delirij dožive samo jednom, a nekima se vraća. Potpuni je oporavak moguć ako je sindrom ispravno identificiran i ako je uzročnik u pozadini pravovremeno liječen (Davidson i Neale, 1999). Rizični su čimbenici za pojavu delirija: dob (što je pacijent stariji ima veću šansu da razvije delirij), moždani poremećaji (kao što su demencija i Parkinsonova bolest), velik broj drugih zdravstvenih tegoba, zlouporaba alkohola te senzorna oštećenja (kao što je loš vid). Kada osoba ima velik rizik za razvitak delirija, kod hospitalizacije se treba izbjegavati senzorna deprivacija pacijenta - soba mu mora biti dobro osvijetljena, slušno pomagalo mu treba biti funkcionalno (npr. da nije prazna baterija), uši mu ne smiju biti zaštopane voskom, a naočale trebaju biti nadohvat ruke i čiste. Budući da je smanjena orijentacija karakteristična za delirij, u sobi mu trebaju biti dostupne informacije o orijentaciji (tko je, gdje se nalazi, koje je doba), npr. sat, kalendar i slike obitelji. Okruženje općenito treba biti ugodno i tiho, a obitelj i medicinsko osoblje trebaju biti strpljivi, biti mu podrška i ne stvarati mu dodatan stres (Huang, 2022a).

Kod starijih osoba delirij mogu potaknuti i relativno benigni uzroci kao što su bol, neispavanost, dehidracija i uporaba katetera za urin. Ako je pacijent visokorizičan, piće mu treba stajati nadohvat ruke ako je nepokretan, a kateter treba izbjegavati, ukoliko nije krajnje nužan (Schapira i sur., 2007).

Delirij je u općoj populaciji rijedak, ali incidencija je viša kod osoba starije životne dobi. Česta je pojava nakon zahtjevnijih operacija kada se pojavljuje između 10 do 50 % slučajeva (Huang, 2022a; Millar, 1981; Lipowski, 1983). Dobivena incidencija i mortalitet delirija dramatično se razlikuju ovisno o metodologiji i ispitivanim uzorcima (Schapira i sur., 2007). Prema meta-analizi iz 2010. godine koja je obradila 51 rad iz Sjedinjenih Američkih Država i Europe objavljenih između 1981. i 2010., pojava delirija kod starijih osoba povezana je s većim mortalitetom, većim rizikom od institucionalizacije i pojave demencije tijekom praćenja, neovisno o dobi, spolu i zdravstvenom stanju sudionika (Witlox i sur., 2010). U istraživanju Leslie i sur. (2005) istraživači su godinu dana pratili 919 pacijenata starijih od 70 godina koji nikada ranije nisu doživjeli delirij, ali koji su imali umjeren ili visok rizik od razvitka delirija prema prediktivnom modelu Inouyeove i sur. (1993). Prema tom modelu postoje četiri glavna rizična čimbenika za razvoj delirija kod hospitaliziranih pacijenata starijih od 70 godina: slabovidnost, prisustvo teške bolesti, narušeno kognitivno funkcioniranje te velik urea/kreatinin omjer u krvi. Osobi se dodjeljuje onoliko bodova koliko rizičnih faktora ima, ako nema niti jedan bod, rizik je za razvijanje delirija nizak. Ako ima jedan ili dva boda, rizik je srednji, a ako ima tri ili četiri boda, njen rizik je visok. Istraživači su mjerili sljedeće karakteristike svakog sudionika: demografske podatke (dob, spol, bračni status, trajanje obrazovanja, je li zaprimljen iz doma za starije i nemoćne, pripada li nekoj manjinskoj skupini), mjere mentalnog statusa (rezultat u procjeni mentalnog statusa (*The mini mental state examination* (Folstein i sur., 1979)), je li se za vrijeme praćenja javio delirij, je li na početku istraživanja imao demenciju), mjere funkcioniranja (*The Katz Index of Independence in Activities of Daily Living* (Katz i sur., 1963)) i *The Lawton Instrumental Activities of Daily Living* (Lawton i Brody, 1969)), mjere toga koliko su opterećeni svojom bolešću (korištene skale *APACHE II - Acute Physiology and Chronic Health Evaluation score* (Knaus i sur., 1985), *Charlson Comorbidity Index* (Charlson i sur., 1987) i *Burden of Illness Score for Elderly Persons* (Inouye i sur., 2003)) i karakteristike njihovog boravka u bolnici (koliko je ukupno hospitalizacija koštala, koliko je dugo bio hospitaliziran, je li medicinsko osoblje primjenjivalo mjere za prevenciju pojave delirija, kao što je izbjegavanje uporabe katetera). Cilj istraživanja Leslie i sur. (2005) bio je usporediti stopu preživljavanja osoba koje su po ranije navedenim varijablama slične, a koje se razlikuju samo po tome jesu li tijekom istraživanja oboljeli od delirija ili ne. Tijekom dvanaestomjesečnog istraživanja, 18.5 % sudionika bez delirija preminulo je. Postotak

preminulih za sudionike s blagim delirijem iznosi 30.3 %, a čak 40 % za sudionike koji su razvili težak delirij. Također, sudionici koji razvili delirij i preminuli živjeli su 13 % kraće nego preminuli sudionici koji ga nisu razvili (Leslie i sur., 2005). Ukoliko različiti pacijenti sličnih demografskih karakteristika i ponašanja djeluju kao da je im je zdravstveno stanje vrlo slično, pojava delirija kod samo jednog od njih može ukazivati da je njegovo zdravlje ipak lošije, da je aktivnost njegove bolesti veća i da je osjetljiviji od pacijenta koji nije razvio delirij. Možda je upravo to razlog veće smrtnosti pacijenata s delirijem. Također, ako delirij dugo traje, osoba može umrijeti od iscrpljenosti, zato što delirij uzrokuje nesanicu i nemir (Davidson i Neale, 1999). Druge su moguće komplikacije delirija nehranjenost i dehidracija jer pacijenti zaborave jesti i piti, upala pluća, dekubitus koji se razvije od pretjeranog ležanja i sjedenja, duža hospitalizacija i rehabilitacija i općenit pad funkcija (Schapira i sur., 2007).

Demencije. Demencije se u DSM-V nazivaju velikim neurokognitivnim poremećajem. Demencija je postupno pogoršanje intelektualnih sposobnosti do mjere da je narušeno svakodnevno funkcioniranje. Teškoće pamćenja (posebno nedavnih događaja) najistaknutiji su simptom. Ponekad osobe zaboravljaju dovršiti zadatke koje su započele. Primjerice, osoba koja pati od demencije može staviti obrok u pećnicu i u potpunosti zaboraviti da je to napravila i otići u posjetu prijateljima. Može zaboraviti imena djece i kasnije da uopće ima djecu. Može izgubiti kontrolu nad porivima i biti prosta u razgovoru, pričati uvredljive šale, spolno se nametati neznancima i krasti stvari. Uobičajene su emocionalne smetnje, kao što su agresivni ispadi i preslab afekt. Vremenom osoba postaje apatična i povučena, a u završnoj fazi gubi sposobnost gutanja, hodanja i govora, a na kraju više ni ne primjećuje okolinu i pada u komu (Huang, 2022b; Davidson i Neale, 1999). Blage poteškoće pamćenja smatraju se normativnim, tj. uobičajenim dijelom starenja i većina ljudi ih iskusi. Stariji mogu imati poteškoća u dosjećanju i može im trebati više vremena da se dosjete nečega nego kada su bili mladi, no ovo se ne smatra demencijom jer ne narušava svakodnevno funkcioniranje (eng. *mild cognitive impairment*) (Huang, 2022b). Ipak, najraniji stadiji demencije mogu se manifestirati na isti ovakav način (Jessen i sur., 2020; Huang, 2022b). S obzirom na uzrok postoji više vrsta demencija, no najčešća je Alzheimerova demencija, a nakon nje vaskularna demencija (Begić, 2014).

Vaskularna demencija (prema DSM-V naziva se vaskularni neurokognitivni poremećaj) najčešće se javlja nakon više malenih ishemijskih ili hemoragijskih moždanih udara, iako postoje i drugi razlozi. Pojedinačni su moždani udari obično toliko maleni da njihovi simptomi nisu ozbiljni pa mnogi ni ne primijete da ih imaju. No nakon većeg broja tih moždanih udara, njihova zbirna šteta na mozgu bit će velika te će narušiti njegovo funkcioniranje. Ako su uzrok višestruki moždani udari, ova se demencija razvija na specifičan način, u malenim diskretnim koracima. Svaki moždani udar

prati pad kognitivnih sposobnosti te ponekad i skromni oporavak, a nakon svake iduće epizode simptomi demencije postaju sve gori (Huang, 2022c). Češća je kod muškaraca i obično se javlja nakon 70. godine života. Budući da su uzrok vaskularne demencije moždani udari, rizični su čimbenici isti kao i za druge cerebrovaskularne bolesti (npr. visok krvni tlak i kolesterol, pušenje, dijabetes, srčane bolesti, manjak tjelesne aktivnosti, pretilost). Ishod ovisi o lokalizaciji i zahvaćenosti moždanog tkiva, kao i o kontroli kardiovaskularnih rizičnih čimbenika jer oni mogu dovesti do novih moždanih udara. Vaskularna demencija obično traje pet godina te završava smrtnim ishodom (Begić, 2014). Smrtnost je brža i veća nego kod drugih demencija, vjerojatno zato što je u pozadini vaskularne demencije kardiovaskularna bolest (Huang, 2022c), a kardiovaskularne su bolesti glavni uzrok smrti u razvijenim zemljama (World Health Organisation, 2020).

Alzheimerova demencija (prema DSM-V naziva se neurokognitivni poremećaj uzrokovan Alzheimerovom bolešću) (AZ) spora je i progresivna bolest (Begić, 2014). Na nju otpada 60 do 80 % demencija starih ljudi. Procjenjuje se da u Americi oko 10 % osoba starijih od 65 boluje od nje (Alzheimer's Association, 2020). Rizik se povećava s dobi i procjena je da se u Americi javlja u 3,1 % osoba dobi između 65 i 74 godine, u 16,7 % između 75 i 84 godine, a čak u 32,2 % osoba nakon 84. godine (Hebert i sur., 2013). Više je oboljelih žena od AZ-a, no vjeruje se da je to primarno zato što one u odnosu na muškarce žive duže. Kada se promatraju žene i muškarci istih godina, rezultati su oprečni i nije sigurno imaju li žene veći rizik za obolijevanjem. Ako imaju, onda je moguće da je to zbog genetskih i hormonalnih razloga, a neki su potencijalni društveni razlozi slabije obrazovanje žena u prošlosti jer je niska razina obrazovanja jedan od prediktora za razvitak AZ-a i drugih demencija (Langa i sur., 2017). Još jedna teorija je i ta da postoji tzv. *pristranost preživljavanja* (eng. *survivor bias*) za muškarce. Budući da su muškarci skloniji bolestima i da žive kraće od žena, oni koji dožive starost generalno su zdraviji i otporniji od opće populacije pa je moguće da zato rjeđe obole od AZ-a (Mielke i sur., 2014). Također, u istraživanju koje je promatralo sudionike starije od 55 u Americi od 1999. do 2019. godine pronađene su statistički značajne rasne razlike u pojavljivanju demencija. U ispitivanju je inicijalno bilo 1 869 090 sudionika, a najveću incidenciju demencije imali su Latinoamerikanci, pa Afroamerikanci, osobe azijskog porijekla, autohtoni stanovnici Sjeverne Amerike i na kraju bijelci. Nije sasvim jasno koji je uzrok ovih razlika, ali se pretpostavlja socioekonomski status manjinskih skupina, manja razina obrazovanja, lošije zdravlje, poglavito kardiovaskularno zdravlje, koje je inače povezano sa siromaštvom, ali i s demencijama (Kornblith i sur., 2022). Moguće je da na sve ove čimbenike utječe stigmatizacija manjinskih skupina u društvu. Primjerice, zbog stresa uzrokovanog diskriminacijom pripadnici tih skupina mogu razviti psihosomatske bolesti ili biti

skloniji konzumirati alkohol. Također, zbog diskriminacije možda teže pronalaze dobro plaćene poslove pa posljedično tome imaju i manje resursa za obrazovanje svoje djece ili za kupovinu zdravih prehrambenih namirnica.

Glavna je fiziološka promjena mozga opća atrofija korteksa, primarno zbog gubitka živčanih stanica (dendrita, i tijela neurona) (Kowall i Beal, 1988). Moždane vijuge postaju uže i plosnatije, a brazde se između njih proširuju. Moždane se ventrikule povećavaju. Također, u izvanstaničnom prostoru šire se senilni plakovi, nakupine amiloida koje se stvaraju pri poremećenoj sintezi proteina. U staničnim tijelima neurona nakupljaju se neurofibrilarni čvorovi, nakupine zapletenih odumrlih vlakana živčanih stanica koje onemogućuju provođenje impulsa među neuronima (Begić, 2014). Te patološke nakupine dovode do gubitka neurona i sinapsi, ali točan mehanizam nije sasvim jasan (Huang, 2022b).

Navedene patološke nakupine nalaze se po čitavom korteksu i hipokampusu, ali mali mozak, leđna moždina i senzorna kortikalna područja manje su pogođena zbog čega oboljeli ne djeluju kao da imaju neki tjelesni poremećaj sve do kasne faze bolesti. Oni hodaju normalno, a prenaučene navike, kao što je čavrljanje, neko vrijeme ostaju neoštećene pa prilikom kratkog susreta neupućena osoba ne mora primijetiti da nešto nije u redu (Davidson i Neale, 1999). Bolest obično završava smrću do koje od dijagnoze obično prođe od 4 do 8 godina, no poneki oboljeli žive i mnogo dulje od toga (Alzheimer's Association, 2020; Ganguli i sur., 2005; Todd i sur., 2013)

Incidencija AZ-a raste s godinama, a ostali su rizični čimbenici: ženski spol, srodstvo s oboljelim, traumatska ozljeda mozga uzrokovana udarcem ili probadanjem lubanje, niska razina društvene i mentalne aktivnosti, niska razina formalnog obrazovanja te kardiovaskularni rizici, kao što su pretilost, visok krvni tlak i kolesterol (Alzheimer's Association, 2020; Begić, 2014). Dobra je vijest da se učestalost AZ-a smanjuje. Istraživanje Woltersa i suradnika (2020) pratilo je promjenu incidencije u Sjevernoj Americi i Europi između 1988. i 2015. i pokazalo je da postotak osoba oboljelih od AZ-a pada za 13 % po desetljeću, a pad je nešto veći za muškarce nego žene. Ova se promjena pripisuje većoj kontroli kardiovaskularnih rizika, kao što je smanjenje pušenja i konzumiranja velike količine masti.

2019. je godine WHO objavio preporuke za životne intervencije s ciljem prevencije svake vrste kognitivnog propadanja u starosti (što uključuje i demencije), a to su povećanje fizičke aktivnosti, prestanak pušenja, zdrava i uravnotežena prehrana, kontrola tjelesne težine, kognitivna angažiranost, prestanak unosa prekomjernih količina alkohola. Ukoliko osoba pati od hipertenzije, dijabetesa i povišenih masnoća u krvi, preporuča se kontrola istih lijekovima i/ili životnim intervencijama (World Health Organization, 2020).

Starost i psihički poremećaji

Depresija. Depresija uključuje simptome kao što su: sniženo raspoloženje, oskudne emocionalne reakcije, gubitak volje, inicijative, energije i interesa i smetnje nagona (Begić, 2021). Također uključuje i kognitivne, psihomotorne i somatske smetnje, kao što su umor, glavobolje, vrtoglavice, smetnje koncentracije i spavanja, a mogu se pojaviti i suicidalne ideje (Begić, 2021; Coryell, n. d.). Riječ depresija upotrebljava se kada da se govori o raznim depresivnim poremećajima poput velikog depresivnog poremećaja i distimije (Coryell, n. d.). Prema DSM-V, osim navedenih, u depresivne poremećaje spadaju i disruptivni poremećaj raspoloženja, predmenstrualni disforični poremećaj, supstancama ili lijekovima induciran depresivni poremećaj, depresivni poremećaj zbog drugog medicinskog stanja, drugi depresivni poremećaji i neodređeni depresivni poremećaj (American Psychiatric Association, 2022). Ako osoba uz depresiju ima i halucinacije i/ili sumanutosti (npr. kada bolesnik sebi pripisuje krivicu za globalna zbivanja, kao što su rat ili epidemije), tada se radi o psihotičnoj depresiji. Depresivne se epizode mogu izmjenjivati s manijom te se tada radi o bipolarnom afektivnom poremećaju, a za stanje koje je samo depresivno upotrebljava se i naziv unipolarna depresija (Begić, 2021). Unipolarna je depresija među starijima puno češća od bipolarne, čiji je početak općenito rijedak nakon 65. godine (Oostervink i sur., 2009; Judd i Kunovac, 1998). Za razliku od depresije mlađih osoba, unipolarnu depresiju onih starijih od 65 karakterizira više kognitivnih i tjelesnih (somatizacijskih) smetnji. No neki misle da je za gerijatrijsku psihijatriju karakteristična i veća razina hipohondrijaze, psihomotorne usporenosti i agitiranosti, a mogu se javiti i psihotični simptomi (Rodda i sur., 2011).

Prema dosadašnjim saznanjima depresija je manje zastupljena među populacijom starijom od 65 godina nego među mlađima. (Beekman i sur., 2000). Međutim, neki istraživači smatraju da je postotak depresije kod starijih ljudi podcijenjen. Depresija se dijagnosticira kategorijalno, dakle pacijent ili ima depresiju, ili ju nema, ne postoji kontinuum. Neki smatraju da bi se na depresiju trebalo gledati kao na spektar, zato što dugotrajni depresivni simptomi i patnja postoje i povezani su sa psihosocijalnom disfunkcijom i ovisnostima, čak i ako osoba ne zadovoljava DSM kriterije za dijagnozu depresije (Lewinsohn i sur., 2000). Judd i Akishal (2002) te Lewinsohn i sur. (2000) govore o subkliničkoj depresiji (depresija čiji simptomi ne zadovoljavaju kriterije za dijagnozu) kod starijih. Prema Judd i Akishal (2002) za nju je karakteristična dominacija somatskih smetnji, distimija i kognitivne smetnje. Najčešći su simptomi nesanica, psihomotorno usporavanje, umor, učestale misli o smrti i umiranju. Simptomi traju dugo te su prisutni 60 % vremena, dakle fluktuirajući su, odnosno nisu prisutni cijelo vrijeme (Judd i sur., 1998). Judd i Kunovac (1998) proučavali

su incidenciju raznih vrsta depresije unutar jednog mjeseca među različitim dobnim skupinama odraslih ($N=10256$) koji nisu smješteni u domu ni bolnici i zaključili su da je incidencija velikog depresivnog poremećaja zaista mnogo niža kod sudionika starijih od 65 godina u usporedbi s drugim dobnim skupinama. Međutim, simptomi subkliničke depresije kod njih su bili gotovo tri puta učestaliji nego veliki depresivni poremećaj. Njihova je incidencija iznosila 18.1 % te je bila slična incidenciji među mlađima. Prema rezultatima metaanalize iz 2011. godine subklinička je depresija među starima barem dva do tri puta učestalija nego veliki depresivni poremećaj, a prosječna prevalencija iznosi 9.8 % (Meeks i sur., 2011).

Neki ukazuju na mogućnost da su starije osobe manje spremne sudjelovati u istraživanjima te priznati depresivne simptome strancima te da možda veći dio depresivnih starijih živi u domovima za starije i nemoćne pa da zato ne sudjeluju u istraživanjima epidemiologije depresije (Schoevers i sur., 2009; Snowden, 1997). Starije osobe generalno rjeđe traže psihološku pomoć od drugih dobnih skupina (Bogner i sur., 2009; Karlin i sur., 2008) pa postoji mogućnost da su stariji manje spremni potražiti liječničku ili psihološku pomoć zbog depresivnih simptoma, pogotovo zato što među njima postoji vjerovanje da su anksioznost i depresija znakovi krhkog karaktera i osobne slabosti (Graham i sur., 2003; Bogner i sur. 2009). Također postoji i mogućnost da će ih zdravstveni radnici olako shvatiti zbog krivog mišljenja da su depresivni simptomi normalan dio starosti zato što sa starošću najčešće dolaze zdravstvene tegobe i gubitak bližnjih ljudi. Bitno je razdvojiti tugovanje i depresiju, koja nije normativan dio starenja (Salzman, 2006). Uz to, zato što je somatizacija veoma izražena kod gerijatrijske depresije, moguće je da zdravstveni stručnjaci važnost pridaju samo somatskim tegobama te previde mogućnost postojanja depresije u pozadini. Također, zato što gerijatrijska depresija uzrokuje kognitivne smetnje, ona se često pogrešno dijagnosticira kao demencija. Diferencijalna je dijagnostika važna zato što se depresija i demencija tretiraju na drugačiji način te je depresiju općenito moguće izliječiti, a demenciju nije. Također, ako se radi o depresiji, vjeruje se da se simptomi koji liče na demenciju liječenjem mogu poboljšati, barem donekle i kod nekih (Egerházi i sur., 2013; Abas i sur., 1990; Sternberg i Jarvik, 1976). Ovakvi kognitivni deficiti uzrokovani depresijom ponekad se nazivaju *depresivnom pseudodemencijom* (Fischer i sur., 2002). Simptomi delirija, demencije i depresije ponekad se preklapaju, osoba istovremeno može bolovati od svih triju bolesti, a pojava jedne rizičan je čimbenik za pojavu drugih. Tretman i pristup njima vrlo je različit, a one su među najčešćim dijagnozama u gerijatrijskoj psihijatriji i često se krivo dijagnosticiraju zbog preklapanja simptoma pa se popularno nazivaju i *tri „D“ gerijatrijske psihijatrije* (Downing i sur., 2013). Čimbenici su rizika za razvitak depresije: loše zdravstveno stanje, društvena izolacija, stresni događaji i stresni životni uvjeti (Vink i sur., 2008), a

za subkliničku su depresiju čimbenici rizika: ženski spol, invaliditet, loše zdravstveno stanje i slaba podrška (Meeks i sur., 2011).

Stope suicida za osobe starije od 65 godina više su nego za mlađe osoba (Shah, 2007). Prema istraživanju Conwella i suradnika (2002) koje je proučavalo podatke deset istraživanja iz Amerike i Europe između 71 i 95 % osoba starijih od 65 godina koje su umrle od samoubojstava u vrijeme smrti imale su ozbiljan psihijatrijski poremećaj, a većinom se radilo o velikom depresivnom poremećaju. Depresija starije pojedince izlaže većem riziku od suicida nego one mlađe te je ona za ovu populaciju glavni rizičan čimbenik (Conwell i sur., 2002; Conwell i sur., 1996). Neki su od ostalih rizičnih čimbenika društvena izolacija i narušeno zdravlje (O'Connell i sur., 2004). Za žene u Americi stopa suicida najveća je između 45. i 64. godine, a zatim opada, dok je za muškarce daleko najveća nakon 75. godine života. Tijekom cijelog života stope su više za muškarce nego za žene, no razlika je najočiglednija u starosti. Stopa suicida po spolu i dobi u 2020. godini u SAD-u može se vidjeti u prilogu 2. Stariji rjeđe priopćavaju svoje namjere za izvršenje samoubojstva nego mlađi i čine manje neuspješnih pokušaja, a osobe starije od 65 godina gotovo se uvijek uspiju ubiti kada pokušaju (Conwell i sur., 2011). Budući da je depresija čimbenik rizika za suicid, važno je da se uspješno dijagnosticira i liječi. Intervencije protiv suicida starijih obično se bave pitanjem društvene izolacije i depresije, a korisne bi bile i prevencije u svezi s narušenim kognitivnim funkcioniranjem i nošenjem s bolestima i boli (Lapierre i sur., 2011). Moguć je problem prevencije suicida starijih taj što se zaposleni stručnjaci za mentalno zdravlje, koji su mlađi i zdraviji, mogu nehotice manje truditi da spriječe pokušaj suicida stare osobe nego što se trude za mlađe. No, čak je i starija osoba nakon krize obično zahvalna što ima još jednu šansu za život (Davidson i Neale, 1999).

Poremećaji u svezi sa psihoaktivnim tvarima i poremećajima ovisnosti. Lijekovi i razne psihoaktivne tvari mogu se upotrebljavati u medicinske svrhe iz navike (npr. kofein) ili rekreativno. Zloupotreba lijekova i psihoaktivnih tvari, ovisnosti i drugi poremećaji u svezi sa psihoaktivnim tvarima mogu se javiti kada osoba uzimanjem supstance postigne osjećaj ugone mijenjajući svoje fizičko i/ili psihičko stanje. Pri tome psihoaktivna supstanca, prije ili kasnije, dovodi do štetnih psihičkih, socijalnih, tjelesnih ili drugih posljedica (Begić, 2021; Khan, n. d.). Alkohol je nakon kofeina i nikotina najčešće upotrebljavana psihoaktivna tvar (Begić, 2021), no alkoholizam je manje zastupljen među starijim nego među mlađim generacijama. Jedan je od razloga za to činjenica da mnogi alkoholičari ne prežive do starosti. Također, starije osobe mogu razviti fiziološku nepodnošljivost na alkohol, što djeluje suprotno pozitivnim učincima alkohola na raspoloženje (Gurland i Cross, 1982). Zloupotreba nedopuštenih droga također je rjeđa među starijima nego mlađima (Degenhardt i sur., 2007; Blazer i

Wu, 2009; Regier i sur., 1988). Isti su podaci dobiveni i u hrvatskim istraživanjima u kojima su bilježene karakteristike osoba s problemom ovisnosti i počinitelja prekršaja zlouporabe opojnih droga (Andreć, 2021; Cvitanović i sur., 2010). Međutim, neki vjeruju da će zlouporaba ilegalnih droga među starijima postajati veći problem kako generacija mlađih korisnika droga stari. Budući da su starije osobe ranjivije i imaju sporiji metabolizam, droge bi kod njih mogle proizvesti veće neurotoksične učinke i neželjene nuspojave (Wu i Blazer, 2011; Dowling i sur., 2008; Colliver i sur., 2006). Zlouporaba lijekova na recept i lijekova u slobodnoj prodaji među starijima mnogo je učestalija nego zlouporaba alkohola i droga. Očekivano, pripadnici ove populacije uzimaju više lijekova nego bilo koja druga dobna skupina (Onder i sur., 2014; Christensen, 2019). Neispravno korištenje lijekova može biti namjerno, ali i slučajno. Neki ne uzimaju lijekove onako kako su propisani zbog nerazumijevanja i neznanja. Primjerice, starijim pacijentima koji žive sami zbog slabog vida može biti teško pročitati upute o lijeku ako su sitno otisnute (a najčešće jesu). Također, ako je osoba zaboravna, može zaboraviti da je već uzela lijek i onda ga ponovno popiti. Ovo može predstavljati veliki problem za osobe koje piju velik broj različitih lijekova. Koristan savjet je da u tablicu na uočljivom mjestu pišu svaki put kada su uzeli neki lijek. Moguć je i razvitak ovisnosti o lijekovima, posebno ako osoba pati od depresije, anksioznosti i hipohondrije. Kod starijih su osoba sve faze uzimanja lijeka izmijenjene - apsorpcija, distribucija, metabolizam i izlučivanje pa imaju veću mogućnost da razviju štetne nuspojave na lijek, čak i kada se njime koriste u propisanim i ispravnim količinama. Stoga je za starije neprimjerena konzumacija lijekova posebno opasna. Neke od štetnih nuspojava, kao što su konfuzija ili delirij, mogu se pogrešno dijagnosticirati kao demencija, a letargija kao depresija (Davidson i Neale, 1999).

Sumanuti poremećaj naziva se još i paranoidna psihoza ili perzistirajući sumanuti poremećaj (Begić, 2014). Prema DSM-V spada u shizofrene i druge psihotične poremećaje. Sumanutom su poremećaju dominantni simptom deluzije čudna uvjerenja i zablude koje se od lažnih vjerovanja razlikuju po tome što osobu nikako ne možemo razuvjeriti od njezine deluzije, bez obzira što postoje jasni dokazi da je u krivu (Tamminga, 2022). Sumanutosti su najčešće (pogotovo kod starijih) paranoidne prirode pa tako osoba vjeruje da joj netko želi nauditi, da se protiv nje kuje zavjera ili da ju se špijunira (González-Rodríguez i sur., 2022). Varner i Gaitz (1982) opisuju ženu od 66 godina koja je vjerovala da njezin muž stalno šprica kuću tekućinom koja smrdi po zagorjeloj hrani, iako ga nikada nije vidjela da to radi. Osim toga, vjerovala da on ima odnose s drugim ženama čije je otiske stopala viđala u blizini kuće. Također je i vjerovala da netko namjerno bacao cigle i kamenje na njenu kuću. Deluzije dio kliničke slike i shizofrenije i shizofreniformnog poremećaja, no sumanuti se poremećaj od njih razlikuje po karakteristikama deluzijama. Kod shizofrenije one pokazuju veću

dezorganiziranost (manje su logične, internalno konzistentne i sistematizirane), a osobe oboljele od sumanutog poremećaja više su zaokupljene svojim deluzijama, u većoj mjeri vjeruju da su njihove deluzije zaista istinite te njihove deluzije prosežu veći dio njihova života i životnih situacija. Osim toga, u sumanutom se poremećaju obično ne pojavljuju simptomi tipični za shizofreniju (APA, 2022), kao što su alogija, afektivna otupjelost i formalni poremećaj mišljenja.

Prilikom dijagnostike sumanutog poremećaja treba isključiti organski uzrokovana sumanuta stanja čiji su uzroci metaboličke, upalne, cirkulacijske i traumatske promjene mozga (Begić, 2021) koje se mogu javiti kao posljedica tjelesnih bolesti, kao što su tumori, moždani udari i endokrini poremećaji (Tamminga, 2022). Sumanutosti se mogu javiti i kao posljedica uzimanja ili prekida uzimanja raznih psihoaktivnih tvari i lijekova, kao što su anksiolitici, sedativi, hipnotici, anestetici, kortikosteroidi i nesteroidni antireumatici, a rizik je veći za starije osobe koje uzimaju više lijekova za različite bolesti. Delirij i demencija također mogu uzrokovati sumanutost (Begić, 2021).

Vjeruje se da je paranoidna simptomatologija opća tegoba mnogih starijih psihijatrijskih bolesnika. U jednom je istraživanju hospitaliziranih gerijatrijskih bolesnika dobiveno da je čak 32% njih imalo paranoidne simptome povezane s različitim drugim oblicima psihičkih bolesti (Livingston i sur., 2001). Postoji zanimljiva razlika između paranoidnih sumanutosti starijih i mlađih ljudi. Sumanutosti starijih prizemnije su i odnose se na osobe u njihovoj neposrednoj blizini, kao što su supružnik ili susjedi. Progonitelji mlađih paranoidnih osoba često su u daljini, u FBI-u, vladi ili svemiru (Davidson i Neale, 1999). Tako starija osoba može misliti da ju susjeda špijunira, a mlađa da ju prate vanzemaljci. Češći je kod žena, kao i druge psihoze koje se prvi puta pojave u starosti (Jumaa i Brown, 2006). Sumanuti paranoidni poremećaj u starosti može biti i nastavak poremećaja koji je započeo ranije u životu (Davidson i Neale, 1999). Prosječna dob javljanja je 40 godina (Begić, 2014), a kada se prvi put pojavi u starosti, najčešće je uzrok u pozadini demencija, delirij, zlouporaba droge ili depresija (Brown, 1998). Osobi koja pati od demencije paranoidne ideje mogu popunjavati praznine uzrokovane gubitkom pamćenja pa umjesto da priznaju „ponovno sam zaboravio gdje sam stavio ključeve“, oni misle „netko je ušao i uzeo mi ključeve“. Paranoidne su ideje također povezane sa senzornim oštećenjima, pogotovo gubitkom sluha, koji je učestao kod starih ljudi. Starija osoba koja slabo čuje neće moći čuti što ljudi oko nje govore pa će misliti da oni zapravo šapuću o njoj namjerno kako ih ne bi čula. Pa tako paranoidne ideje mogu predstavljati pokušaj da se popune praznine izazvane senzornim gubitkom. Ako loše vidi, u mutnoj slici koju vidi može joj se početi pričinjavati neki čovjek koji joj želi nauditi (Zarit i Zarit, 2007). Međutim, valja uzeti u obzir da su stari ljudi, kao ranjiva skupina društva, naročito osjetljivi na sve vrste zlostavljanja od strane drugih

te da ih se zbog ranjivosti može iskorištavati na razne načine. Trebamo stoga paziti da ne odbacimo olako svaku pritužbu starijih samo kao znak staračke paranoje jer bi pritužba mogla biti točna. Prilikom terapije paranoidnog pacijenta važno je da terapeut ili zdravstveni djelatnik uspostavi prijateljski i topao odnos kako bi zadobio njegovo povjerenje. Važno je da bude strpljiv i pokaže empatijsko razumijevanje za njegove brige, bez direktnog odbacivanja sumanutih ideja odmah na početku. Sumanutosti se mogu postupno početi dovoditi u pitanje tek onda kada pacijent ima povjerenja u terapeuta i osjeća se sigurno. Također, ako osoba ima senzorni problem kao što su oslabljen vid ili sluh, uporaba slušnog i vidnog pomagala može pomoći ublažiti problem. Ukoliko je pacijent društveno izoliran, treba uložiti napor za povećanjem količine međuljudskih kontakata (Davidson i Neale, 1999).

Anksiozni poremećaji. Anksiozne poremećaje karakterizira prisutnost pretjeranog straha i anksioznosti koji narušavaju ponašanje i funkcioniranje (APA, 2022). Prema DSM-V u anksiozne su poremećaje svrstane specifične fobije, separacijski anksiozni poremećaj, selektivni mutizam, socijalni anksiozni poremećaj, panični poremećaj, agorafobija, generalizirani anksiozni poremećaj, anksiozni poremećaj zbog drugog zdravstvenog stanja, ostali anksiozni poremećaji i neodređeni anksiozni poremećaj (APA, 2022). Anksiozni su poremećaji starijih u znanosti dugo bili zanemarivani te su istraživanja više bila usmjerena na proučavanje depresije i demencije. Unatoč tome, oni su jedni od najučestalijih psihičkih poremećaja starijih osoba (Bryant i sur., 2013), a najučestaliji od njih je generalizirani anksiozni poremećaj (Beekman i sur., 1998; Bryant i sur., 2008; Subramanyam i sur., 2018). Za njega su karakteristični kronični strah i zabrinutost koji narušavaju funkcioniranje te koje obično prate nemir, problemi s koncentracijom i spavanjem i napetost u mišićima. Predmet su brige kod starijih pojedinaca često zdravlje, strah od bolesti i invaliditeta za sebe ili bračnog partnera te financije (Pary i sur., 2019). Kod starijih je osoba, kao i za depresiju, češći subsindromski (subklinički) oblik bolesti (Mihaljević-Peješ i Šagud, 2019) u kojem su simptomi prisutni, međutim ne u mjeri da zadovolje DSM kriterije za dijagnozu generaliziranog anksioznog poremećaja. No i subsindromski je oblik bolesti značajan jer on, kao i sindromski oblik, narušava kvalitetu života i stvara rizik od nastanka somatskih i drugih psihičkih bolesti te je čimbenik rizika za suicid i uporabu psihoaktivnih tvari (Volz i sur., 2021).

Prema Beekman i sur. (1998) i Subramanyam i sur. (2018) drugi najučestaliji poremećaji su fobični poremećaji u koje spadaju specifične fobije, socijalna fobija i agorafobija. Socijalni anksiozni poremećaj (ili socijalna fobija), koju karakterizira strah od društvenog izlaganja gdje bi osoba mogla doživjeti evaluacije (Begić, 2021), rjeđa je među pojedincima starije životne dobi nego među mlađima (Pary i sur., 2019), što se ponekad objašnjava dobno normativnim razvojem ličnosti, a može se objasniti

i time da starijim osobama lakše izbjegavati društvene situacije koje im izazivaju anksioznost zbog različitih životnih okolnosti (npr. većina ih je umirovljena te su završili obrazovanje za razliku od mlađih) (Bryant i sur., 2008). Kada su u pitanju specifične fobije, istraživanje Fredriksona i sur. (1996) pokazalo je da starije osobe češće imaju strah od neživih objekata nego mlađi (npr. strah od munje). Smatra se da je najučestaliji strah kod starijih strah od pada (Bryant i sur., 2013) te se njegova prevalencija kreće od 20 do 39 % za starije osobe koje nisu institucionalizirane (Whipple i sur., 2017). Strah od pada inicijalno je bio definiran kao fobija od hodanja ili stajanja zbog mogućnosti od pada, a kasnije je taj koncept proširen i na snižen osjećaj samoeфикаsnosti održavanja ravnoteže. Strah od iščekivanja pada i izbjegavanje situacija u kojima bi osoba mogla pasti (Mackay i sur., 2021). Taj je strah specifičan za stariju populaciju jer su padovi među njima česti (zbog primjerice vrtoglavica, slabosti, problema s vidom, poremećaja hoda i ravnoteže i konzumacije lijekova koji povećavaju rizik od padova) te jer češće izazivaju ozbiljne posljedice po fizičko zdravlje nego kod mlađih osoba zbog veće sklonosti ozljedama (npr. zbog osteoporoze) i zbog dobro normativnih fizioloških promjena (npr. smanjeni zaštitni refleksi) (Rubenstein, 2006). Strah od pada za posljedice može imati gubitak neovisnost, prestanak sudjelovanja u društvenim aktivnostima, nižu kvalitetu života, smanjenje fizičke aktivnosti što pak može dovesti do narušenog zdravlja i povećati rizik od padova u budućnosti (Bryant i sur., 2008; Whipple i sur., 2017; Chang i sur., 2016). Taj strah ima mnoga obilježja fobije, primjerice povećana fiziološka pobuđenost u prisutnosti situacija koje izazivaju strah i izbjegavanje istih (Bryant i sur., 2013). Međutim, osobe koje imaju taj strah često nisu zadovoljavale DSM kriterije fobije, posebno zbog kriterija da osoba prepoznaje da je njezin strah pretjeran i nerazuman, koji je bio prisutan u DSM-IV verziji, no koji je u DSM-V verziji zamijenjen kriterijem da strah nije proporcionalan stvarnoj opasnosti koju objekt ili situacija u datom sociokulturnom kontekstu predstavljaju (Bryant i sur., 2013; APA, 2022). Zbog tog straha osobe ponekad izbjegavaju napustiti dom zbog čega se ponekad može zamijeniti za agorafobiju (Bryant i sur., 2013). Agorafobija je strah i izbjegavanje mjesta ili situacija iz kojih bi strah bio otežan ili nemoguć (Begić, 2021). Osoba s agorafobijom može izbjegavati koristiti se javnim prijevozom, biti na mjestima s puno ljudi ili izlaziti bez pratnje. U težim oblicima, osoba može u potpunosti odbijati izaći iz kuće (Ritchie i sur., 2013). U istraživanju su dobivene vrlo različite prevalencije agorafobije kod starijih osoba (Bryant i sur., 2008; Ritchie i sur., 2013), a neki vjeruju da kliničari često previđaju agorafobiju kod starijih pacijenata, zato što njihovo odbijanje da izlaze iz kuće pripisuju lošijem zdravlju i manjku društvenih veza među starijima. No detekcija i ispravna dijagnoza agorafobije važne su jer malo je vjerojatno da će se oboljele osobe spontano oporaviti bez tretmana (Ritchie i sur., 2013).

Zaključak

Poremećaji kod starijih osoba imaju svoje specifičnosti u odnosu na poremećaje ostalih dobnih skupina. Primjerice, iako se delirij i demencija mogu pojaviti u svim godinama, najčešće se javljaju među starijima. Veliki je depresivni poremećaj, pak, najrjeđi u starijih. Mnogo je češća subklinička depresija koja ima blaže, ali dugotrajnije simptome. U starijih osoba somatske i kognitivne smetnje često dominiraju kliničkom slikom pa im umjesto depresije može biti dijagnosticirana demencija ili neka tjelesna bolest. Međutim, važno je da se depresija ispravno dijagnosticira, zato što se ona može uspješnije liječiti od demencije, a i zato što je stopa suicida za starije muškarce visoka. Uz to, lijekovi koje bi mogli uzimati za neispravno dijagnosticiranu tjelesnu bolest mogli bi imati neželjene nuspojave jer su im stariji skloniji nego drugi, a također su i osjetljiviji na njih. Generalizirani se anksiozni poremećaj kod starijih također češće javlja u subkliničkom obliku. Kada su u pitanju fobije najčešći je predmet straha kod starijih strah od pada. Ovaj se strah općenito veže uz stariju životnu dob jer padovi češće imaju ozbiljne posljedice za fizičko zdravlje nego kod mlađih te zato jer su kod starijih padovi česti zbog zdravstvenih tegoba. Paranoidna je simptomatologija opća tegoba mnogih starijih psihijatrijskih bolesnika, a kada je u pitanju sumanuti paranoidni poremećaj, sumanute ideje starijih prizemnije su od sumanutih ideja drugih odraslih osoba. Starija osoba može vjerovati da ju njen susjed prisluškuje, a mlađa da ju prisluškuju vanzemaljci. Bitno je promovirati preventivne aktivnosti koje umanjuju šansu da osoba oboli od mentalnog poremećaja. Neke od njih, kao što su kontrola tjelesne težine, veća društvena uključenost i prestanak pušenja, spomenute su ranije u tekstu. Rana i ispravna dijagnoza poremećaja važna je kako bi pacijent imao što bolje šanse za pozitivan ishod. Zato je važno da se pravovremeno jave za psihološku pomoć, a oni se javljaju rjeđe od mlađih ljudi. Također je važno i da pacijenti i njihova obitelj barem donekle znaju prepoznati znakove bolesti. Primjerice, moglo bi ih se educirati putem plakata i letaka o simptomima u bolnicama i drugim državnim ustanovama koje stariji često posjećuju. Kao što je ranije rečeno, među pacijentima, članovima obitelji, ali i zdravstvenim djelatnicima postoje štetni mitovi i manjak znanja o psihičkim poremećajima kod starih osoba te ih je potrebno educirati. Općenito su u društvu prisutne negativne predrasude prema starijima, no stigmatizacija starenja i *ageizam* pomalo su ironični jer je starenje privilegija koju mnogi nažalost nisu mogli doživjeti. Povećanje brojnosti osoba starije životne dobi zapravo je civilizacijski uspjeh. S obzirom na to da je nekada smrtnost od bolesti i ozljeda bila mnogo veća, činjenica da danas toliko velik broj ljudi uspijeva doživjeti starost pokazatelj je napretka medicine, opće dostupnosti zdravstvenih usluga, ekonomskog rasta i napretka društva. Spomenuta istraživanja u ovom radu provedena su gotovo isključivo na uzorcima iz Europe i SAD-a, što ugrožava njihovu vanjsku valjanost, odnosno mogućnost poopćavanja tih rezultata na ostale dijelove svijeta je upitna jer bi se radovi stoga trebali osvrnuti na istraživanja koja uključuju sudionike iz raznih dijelova svijeta.

Literatura

- Abas, M. A., Sahakian, B. J. i Levy, R. (1990). Neuropsychological deficits and CT scan changes in elderly depressives. *Psychological medicine*, 20(3), 507–520. <https://doi.org/10.1017/s0033291700017025>
- Ali, S., Patel, M., Jabeen, S., Bailey, R. K., Patel, T., Shahid, M., Riley, W. J. i Arain, A. (2011). Insight into delirium. *Innovations in Clinical Neuroscience*. 8(10): 25–34. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22132368>
- Andrejić, J. (2021). *Projekt Procjena rizika od predoziranja (opioidnim) drogama kod osoba s problemom ovisnosti - Istraživačko izvješće*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/04/Istraživačko-izvjesce-web_3.pdf
- Alzheimer's Association. (2020). *2020 Alzheimer's disease facts and figures*. <https://doi.org/10.1002/alz.12068>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611–626. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.5.611>
- Beekman, A. T. F., Bremmer, M. A., Deeg, D. J. H., Van Balkom, A. J. L. M., Smit, J. H., De Beurs, E., Van Dyck, R. i Van Tilburg, W. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the longitudinal aging study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(10), 717–726. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199810\)13:10%3C717::aid-gps857%3E3.0.co;2-m](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199810)13:10%3C717::aid-gps857%3E3.0.co;2-m)
- Beekman A. T. F., de Beurs, E., van Balkom A. J., Deeg D. J., van Dyck R. i van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *The American journal of psychiatry*, 157(1), 89–95. <https://doi.org/10.1176/ajp.157.1.89>
- Begić, D. (2014). *Psihopatologija, drugo, dopunjeno i obnovljeno izdanje*. Medicinska naklada.
- Begić, D. (2021). *Psihopatologija, četvrto, dopunjeno i obnovljeno izdanje*. Medicinska naklada.
- Berk, L. (2006). *Psihologija cjeloživotnog razvoja*. Naklada Slap.
- Blazer, D. G. i Wu, L. (2009). The Epidemiology of Substance Use and Disorders Among Middle Aged and Elderly Community Adults: National Survey on Drug Use and Health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(3), 237–245. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e318190b8ef>
- Bogner, H. R., de Vries, H. F., Maulik, P. K. i Unützer, J. (2009). Mental health services use: Baltimore Epidemiologic Catchment Area Follow-up. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(8), 706–715. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e318190b8ef>
- Brown F. W. (1998). Late-life psychosis: making the diagnosis and controlling symptoms. *Geriatrics*, 53(12), 26–42.
- Bryant, C., Jackson, H. J. i Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109(3), 233–250. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.11.008>
- Bryant, C., Mohlman, J., Gum, A., Stanley, M. A., Beekman, A. T., Wetherell, J. L., Thorp, S. R., Flint, A. J. i Lenze, E. J. (2013). Anxiety Disorders in Older Adults: Looking to DSM5 and Beyond. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(9), 872–876. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2013.01.011>
- Chang, H. T., Chen, H. i Chou, P. (2016). Factors Associated with Fear of Falling among Community-Dwelling Older Adults in the Shih-Pai Study in Taiwan. *PLOS ONE*, 11(3), e0150612. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150612>
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L. i MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *Journal of chronic diseases*, 40(5), 373–383. [https://doi.org/10.1016/0021-9681\(87\)90171-8](https://doi.org/10.1016/0021-9681(87)90171-8)
- Christensen, L. D., Reilev, M., Juul-Larsen, H. G., Jørgensen, L. M., Kaae, S., Andersen, O., Pottegård, A. i Petersen, J. (2019). Use of prescription drugs in the older adult population—a nationwide pharmacoepidemiological study. *European journal of clinical pharmacology*, 75(8), 1125–1133. <https://doi.org/10.1007/s00228-019-02669-2>
- Cohen, V., Arnulf, I., Demeret, S., Neulat, M. L., Gourlet, V., Drouot, X., Moutereau, S., Derenne, J. P., Similowski, T., Willer, J. C., Pierrot-Deseilligny, C. i Bolgert, F. (2005). Vivid dreams, hallucinations, psychosis and REM sleep in Guillain-Barré syndrome. *Brain*, 128(11), 2535–2545. <https://doi.org/10.1093/brain/awh585>
- Colliver, J. D., Compton, W. M., Gfroerer, J. C. i Condon, T. P. (2006). Projecting Drug Use Among Aging Baby Boomers in 2020. *Annals of Epidemiology*, 16(4), 257–265. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2005.08.003>
- Committee on the Mental Health Workforce for Geriatric Populations; Board on Health Care Services; Institute of Medicine. (2012). *The mental health and substance use workforce for older adults: In whose hands?* The National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK201410/>
- Conwell, Y., Duberstein, P. R. i Caine, E. D. (2002). Risk factors for suicide in later life. *Biological Psychiatry*, 52(3), 193–204. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01347-1](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01347-1)
- Conwell, Y., Duberstein, P. R., Cox, C., Herrmann, J. H., Forbes, N. T. i Caine, E. D. (1996). Relationships of age and axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological autopsy study. *American Journal of Psychiatry*, 153(8), 1001–1008. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.8.1001>
- Conwell, Y., Van Orden, K. i Caine, E. D. (2011). Suicide in older adults. *The Psychiatric clinics of North America*, 34(2), 451–468. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2011.02.002>
- Coryell, W. (n. d.). *Depressive Disorders*. MSD Manual Professional Edition. <https://www.msdmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/mood-disorders/depressive-disorders>
- Cvitanović, L., Rogić-Hadžalić, D. i Mrčela, M. (2010). *Zlouporaba opojnih droga 1998–2007. Studije i analize*. Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske. https://podaci.dzs.hr/media/22w1za3n/studije-i-analize_107.pdf
- Crafts, N. F. R. (1994). The Golden Age of Economic Growth In Western Europe, 1950–73. *Economic History Review*, 48(3), 429–447.
- Davidson, G. C. i Neale, J. M. (1999). *Psihologija abnormalnog ponašanja i starenja*. Naklada Slap.
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Sampson, N., Kessler, R. C. i Anthony, J. C. (2007). Epidemiological patterns of extra-medical drug use in the United States: Evidence from the National Comorbidity Survey Replication, 2001–2003. *Drug and Alcohol Dependence*, 90(2–3), 210–223. <https://doi.org/10.1016/j.drugaldep.2007.03.007>
- Dowling, G. J., Weiss, S. R. i Condon, T. P. (2008). Drugs of abuse and the aging brain. *Neuropsychopharmacology: official publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 33(2), 209–218. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301412>
- Downing, L. J., Caprio, T. V. i Lyness, J. M. (2013). Geriatric psychiatry review: differential diagnosis and treatment of the 3 D's - delirium, dementia, and depression. *Current psychiatry reports*, 15(6), 365. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0365-4>
- Državni zavod za statistiku. (2022, 22. rujana). *Objavljeni konačni rezultati Popisa 2021*. <https://dzs.gov.hr/vijesti/objavljeni-konacni-rezultati-popisa-2021/1270>
- Eckardt, J. P. (2020). Caregivers of people with severe mental illness in the COVID-19 pandemic. *The lancet. Psychiatry*, 7(8), e53. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30252-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30252-2)
- Egerházi, A., Balla, P., Ritzl, A., Varga, Z., Frecska, E. i Berecz, R. (2013). Automated Neuropsychological Test Battery in depression—preliminary data. *Neuropsychopharmacologia Hungarica: a Magyar Pszichofarmakologiai Egyesület lapja*, 15(1), 5–11.
- European Commission, Eurostat, Corselli-Nordblad, L. i Strandell, H. (2020). *Ageing Europe: looking at the lives of older people in the EU: 2020 edition*. The Publications Office of the European Union. <https://data.europa.eu/doi/10.2785/628105>
- Eurostat. (2021). *Population on 1st January by age, sex and type of projection*. Data Browser. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/PROJ_19NP_custom_4475233/default/table?lang=en
- Fischer, P., Bailer, U., Hilger, I. i Leitner, E. (2002).

- Depressive Pseudodemenzen. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 152(3-4), 62-65. <https://doi.org/10.1046/j.1563-258x.2002.01125.x>
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. i McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6)
- Fong, T. G., Davis, D., Growdon, M. E., Albuquerque, A., i Inouye, S. K. (2015). The interface between delirium and dementia in elderly adults. *Lancet Neurology*, 14(8), 823-832. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(15\)00101-5](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(15)00101-5)
- Fredrikson, M., Annas, P., Fischer, H., i Wik, G. (1996). Gender and age differences in the prevalence of specific fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 34(1), 33-39. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(95\)00048-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(95)00048-3)
- Ganguli, M., Dodge, H. H., Shen, C., Pandav, R. S. i DeKosky, S. T. (2005). Alzheimer disease and mortality: a 15-year epidemiological study. *Archives of neurology*, 62(5), 779-784. <https://doi.org/10.1001/archneur.62.5.779>
- González-Rodríguez, A., Seeman, M. V., Izquierdo, E., Natividad, M., Guàrdia, A., Román, E. i Monreal, J. A. (2022). Delusional Disorder in Old Age: A Hypothesis-Driven Review of Recent Work Focusing on Epidemiology, Clinical Aspects, and Outcomes. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 7911. <https://doi.org/10.3390/ijerph19137911>
- Hebert, L. E., Weuve, J., Scherr, P. A. i Evans, D. A. (2013). Alzheimer disease in the United States (2010-2050) estimated using the 2010 census. *Neurology*, 80(19), 1778-1783. <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31828726f5>
- Hobs, D. i Stroops, N. (2002). *Demographic Trends in the 20th Century, Census 2000 Special Reports*. U. S. Government Printing Office. <https://grist.org/wp-content/uploads/2005/04/censr-4.pdf>
- [a] Huang, J. (n.d.). *Delirium*. MSD Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional/neurologic-disorders/delirium-and-dementia/delirium>
- [b] Huang, J. (n.d.). *Dementia*. MSD Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional/neurologic-disorders/delirium-and-dementia/dementia#v1036581>
- [c] Huang, J. (n.d.). *Vascular dementia* MSD Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional/neurologic-disorders/delirium-and-dementia/vascular-dementia>
- Garnett, M. F., Curtin, S. C. i Stone, D. M. (2022). *NCHS Data Brief: Suicide mortality in the United States, 2000-2020* (Br. izvještaja 433). Centers for Disease Control and Prevention. <https://dx.doi.org/10.15620/cdc:114217>
- Graham, N., Lindsay, J., Katona, C., Bertolote, J. M., Camus, V., Copeland, J. R. M., de Mendonça Lima, C., Gaillard, C., Gély Nargeot, M. C., Grey, J., Jacobsson, L., Kingma, M., Kühne, N., O'Loughlin, A., Rutz, W., Saraceno, B., Taintor, Z. i Wancata, J. (2003). Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders: a technical consensus statement. *International journal of geriatric psychiatry*, 18(8), 670-678. <https://doi.org/10.1002/gps.876>
- Gurland, B. J. i Cross, P. S. (1982). Epidemiology of psychopathology in old age: Some implications for clinical services. *Psychiatric Clinics of North America*, 5(1), 11-26. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30884-0](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30884-0)
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T., Vitagliano, G., Desai, M. M., Williams, C. S., Grady, J. N. i Scinto, J. D. (2003). Burden of illness score for elderly persons: risk adjustment incorporating the cumulative impact of diseases, physiologic abnormalities, and functional impairments. *Medical care*, 41(1), 70-83. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000039829.60382.12>
- Inouye, S. K., Inzucchi, S. E., Horwitz, R. I., Hurst, L. D. i Tinetti, M. E. (1993). A Predictive Model for Delirium in Hospitalized Elderly Medical Patients Based on Admission Characteristics. *Annals of Internal Medicine*, 119(6), 474-481. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-119-6-199309150-00005>
- Jessen, F., Amariglio, R. E., Buckley, R. F., van der Flier, W. M., Han, Y., Molinuevo, J. L., Rabin, L., Rentz, D. M., Rodríguez-Gomez, O., Saykin, A. J., Sikkes, S. A. M., Smart, C. M., Wolfsgruber, S. i Wagner, M. (2020). The characterisation of subjective cognitive decline. *The Lancet Neurology*, 19(3), 271-278. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(19\)30368-0](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(19)30368-0)
- Judd, L. L., i Akiskal, H.S. (2002). The Clinical and Public Health Relevance of Current Research on Subthreshold Depressive Symptoms to Elderly Patients. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(3), 233-238. <https://doi.org/10.1097/00019442-200205000-00002>
- Judd, L. L. i Kunovac, J. (1998). Bipolar and Unipolar Depressive Disorders in Geriatric Patients. *Mental Disorders in the Elderly: New Therapeutic Approaches*, 13, 1-10. <https://doi.org/10.1159/000061381>
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P. J., Endicott, J., Coryell, W., Paulus, M. P., Kunovac, J. L., Leon, A. C., Mueller, T. I., Rice, J. A. i Keller, M. B. (1998). A prospective 12-year study of subsyndromal and syndromal depressive symptoms in unipolar major depressive disorders. *Archives of general psychiatry*, 55(8), 694-700. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.8.694>
- Jumaa, S. i Brown, F. W. (2006). Delusional disorders in the elderly. *Current Psychosis & Therapeutics Reports*, 4(2), 92-96. <https://doi.org/10.1007/bf02629329>
- Karlin, B. E., Duffy, M. i Gleaves, D. H. (2008). Patterns and predictors of mental health service use and mental illness among older and younger adults in the United States. *Psychological Services*, 5(3), 275-294. <https://doi.org/10.1037/1541-1559.5.3.275>
- Karel, M. J., Gatz, M. i Smyer, M. A. (2012). Aging and mental health in the decade ahead: what psychologists need to know. *The American psychologist*, 67(3), 184-198. <https://doi.org/10.1037/a0025393>
- Katz, S. A., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. i Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Aged. *JAMA*, 185(12), 914. <https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016>
- Khan, M. (n. d.). *Substance use disorder*. MSD Manual Professional Edition. <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/substance-related-disorders/substance-use-disorders>
- Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P. i Zimmerman, J. E. (1985). APACHE II: a severity of disease classification system. *Critical care medicine*, 13(10), 818-829.
- Kornblith, E., Bahorik, A., Boscardin, W. J., Xia, F., Barnes, D. E. i Yaffe, K. (2022). Association of Race and Ethnicity with Incidence of Dementia Among Older Adults. *JAMA*, 327(15), 1488-1495. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.3550>
- Kowall, N. W. i Beal, M. F. (1988). Cortical somatostatin, neuropeptide Y, and NADPH diaphorase neurons in Alzheimer's disease. *Annals of neurology*, 23(2), 105-114. <https://doi.org/10.1002/ana.410230202>
- Langa, K. M., Larson, E. B., Crimmins, E. M., Faul, J. D., Levine, D. A., Kabeto, M. U. i Weir, D. R. (2017). A Comparison of the Prevalence of Dementia in the United States in 2000 and 2012. *JAMA internal medicine*, 177(1), 51-58. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.6807>
- Lapierre, S., Erlangsen, A., Waern, M., De Leo, D., Oyama, H., Scocco, P., Gallo, J., Szanto, K., Conwell, Y., Draper, B. i Quinnett, P. (2011). A systematic review of elderly suicide prevention programs. *Crisis*, 32(2), 88-98. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000076>
- Lawton, M. P. i Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*, 9(3), 179-186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- Leslie, D. L., Zhang, Y., Holford, T. R., Bogardus, S. T., Leo-Summers, L. S. i Inouye, S. K. (2005). Premature Death Associated With Delirium at 1-Year Follow-up. *Arch Intern Med*, 165(14), 1657-1662.
- Lewinsohn, P. M., Solomon, A., Seeley, J. R., i Zeiss, A. (2000). Clinical implications of "subthreshold" depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(2), 345-351. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.2.345>
- Lipowski, Z. J. (1983). Transient cognitive disorders (delirium, acute confusional states) in the elderly. *The American journal of psychiatry*, 140(11), 1426-1436. <https://doi.org/10.1176/ajp.140.11.1426>
- Livingston, G., Kitchen, G., Manela, M., Katona, C. i Copeland, J. (2001). Persecutory symptoms

- and perceptual disturbance in a community sample of older people: the Islington study. *International journal of geriatric psychiatry*, 16(5), 462–468. <https://doi.org/10.1002/gps.362>
- Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in Hospitalized Older Adults. *The New England journal of medicine*, 377(15), 1456–1466. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1605501>
- MacKay, S., Ebert, P., Harbidge, C. i Hogan, D. B. (2021). Fear of Falling in Older Adults: A Scoping Review of Recent Literature. *Canadian Geriatrics Journal*, 24(4), 379–394. <https://doi.org/10.5770/cgj.24.521>
- Meeks, T. W., Vahia, I. V., Lavretsky, H., Kulkarni, G. i Jeste, D. V. (2011). A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *Journal of affective disorders*, 129(1-3), 126–142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.09.015>
- McCusker, J., Cole, M., Dendukuri, N., Han, L. i Belzile, E. (2003). The course of delirium in older medical inpatients: a prospective study. *Journal of general internal medicine*, 18(9), 696–704. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2003.20602.x>
- Mielke, M. M., Vemuri, P. i Rocca, W. A. (2014). Clinical epidemiology of Alzheimer’s disease: assessing sex and gender differences. *Clinical epidemiology*, 6, 37–48. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S37929>
- Mihaljević-Pešić, A., i Šagud, M. (2019). Anksiozni poremećaji u starijih osobna. *Socijalna Psihijatrija* 7(3), 283–291. <https://doi.org/10.24869/spsih.2019.283>
- Milas, G. (2005). *Istraživačke metode u psihologiji i drugim društvenim znanostima*. Naklada Slap.
- Millar, H. R. (1981). Psychiatric morbidity in elderly surgical patients. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 138, 17–20. <https://doi.org/10.1192/bjp.138.1.17>
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A. i Milich, R. (2001). *Uvod u kliničku psihologiju*. Naklada Slap.
- O’Connell, H., Chin, A., Cunningham, C., i Lawlor, B. A. (2004). Recent developments: Suicide in older people. *BMJ*, 329(7471), 895–899. <https://doi.org/10.1136/bmj.329.7471.895>
- Organization for Economic Co-operation and Development (OECD). (2017). *Pensions at a Glance 2017: OECD and G20 Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/pension-glance-2017-en>
- Onder, G., Vetrano, D. L., Cherubini, A., Fini, M., Mannucci, P. M., Marengoni, A., Monaco, A., Nobili, A., Pecorelli, S., Russo, P., Vitale, C. i Bernabei, R. (2014). Prescription drug use among older adults in Italy: a country-wide perspective. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(7), e1–e5. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.04.005>
- Oostervink, F., Boomsma, M. M., Nolen, W. A. i EMBLEM Advisory Board. (2009). Bipolar disorder in the elderly; different effects of age and of age of onset. *Journal of affective disorders*, 116(3), 176–183. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.11.012>
- Our World in Data. (n.d.). *Projected population by broad age group, World, 2022 to 2100*. <https://ourworldindata.org/grapher/population-by-age-group-to-2100?stackMode=relative>
- Pary, R., Sarai, S. K., Micchelli, A. N., MLIS MAT i Lippmann, S. (2019). Anxiety Disorders in Older Patients. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, 21(1). <https://doi.org/10.4088/pcc.18nr02335>
- Regier, D. A., Boyd, J. M., Burke, J., Rae, D. S., Myers, J. L., Kramer, M., Robins, L. N., George, L. K., Karno, M., i Locke, B. Z. (1988). One-Month Prevalence of Mental Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 45(11), 977. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800350011002>
- Reynolds, C. F., Jeste, D. V., Sachdev, P. S. i Blazer, D. G. (2022). Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*, 21(3), 336–363. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>
- Ritchie, K., Norton, J., Mann, A., Carrière, I. i Ancelin, M. (2013). Late-Onset Agoraphobia: General Population Incidence and Evidence for a Clinical Subtype. *American Journal of Psychiatry*, 170(7), 790–798. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12091235>
- Rodda, J., Walker, Z. i Carter, J. (2011). Depression in older adults. *The BMJ*, 343, 683–687. <https://doi.org/10.1136/bmj.d5219>
- Rubenstein, L. Z. (2006). Falls in older people: epidemiology, risk factors and strategies for prevention. *Age And Ageing*, 35(2), 37–41. <https://doi.org/10.1093/ageing/aff084>
- Sachdev, P. S., Blacker, D., Blazer, D. G., Ganguli, M., Jeste, D.V., Paulsen, J. S., i Petersen, R. C. (2014). Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nature Reviews Neurology*, 10(11), 634–642. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.181>
- Salzman, B. (2006). Myths and Realities of Aging. *Care Management Journals*, 7(3), 141–150. <https://doi.org/10.1891/cmj-v7i3a006>
- Schaie, K. W. i Willis, S. L. (2001). *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Naklada Slap.
- Schapiro, A. H. V., Byrne, E., DiMauro, E., Frackoviak, R. S. J., Johnson, R. T., Mizno, Y., Samuels, M. A., Silberstein, S. D. i Wszolek, Z. K. (2007). *Neurology and Clinical Neuroscience*. Mosby.
- Schoevers, R. A., Geerlings, M. I., Deeg, D. J., Holwerda, T. J., Jonker, C., i Beekman, A. T. (2009). Depression and excess mortality: evidence for a dose response relation in community living elderly. *International journal of geriatric psychiatry*, 24(2), 169–176. <https://doi.org/10.1002/gps.2088>
- Shah, A. (2007). The relationship between suicide rates and age: an analysis of multinational data from the World Health Organization. *International Psychogeriatrics*, 19(06). <https://doi.org/10.1017/s1041610207005285>
- Snowdon, J. (1997). Depression in old age: Questions concerning prevalence studies. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 12(10), 1043–1045. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199710\)12:10<1043::AID-GPS682>3.0.CO;2-W](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199710)12:10<1043::AID-GPS682>3.0.CO;2-W)
- Sternberg, D. E. i Jarvik, M. E. (1976). Memory functions in depression. *Archives of general psychiatry*, 33(2), 219–224. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1976.01770020055009>
- Subramanyam, A. A., Kedare, J., Singh, O. P. i Pinto, C. (2018). Clinical practice guidelines for geriatric anxiety disorders. *Indian Journal of Psychiatry*, 60(3), 371–382. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.224476>
- Tamminga, C. (n. d.). *Delusional disorder*. MSD Manual Consumer Version. <https://www.msmanuals.com/home/mental-health-disorders/schizophrenia-and-related-disorders/schizoaffective-disorder>
- Todd, S., Barr, S., Roberts, M. i Passmore, A. P. (2013). Survival in dementia and predictors of mortality: a review. *International journal of geriatric psychiatry*, 28(11), 1109–1124. <https://doi.org/10.1002/gps.3946>
- U.S. Census Bureau. (2017). *National Population Projections*. <https://www.census.gov/data/datasets/2017/demo/popproj/2017-popproj.html>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/wpp2022_summary_of_results.pdf
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs. (2019). *World Population Ageing 2019: Highlights*. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Varner, R. V. i Gaitz, C. M. (1982). Schizophrenic and Paranoid Disorders in the Aged. *Psychiatric Clinics of North America*, 5(1), 107–118. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(18\)30892-x](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(18)30892-x)
- Vink, D., Aartsen, M. J. i Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of affective disorders*, 106(1-2), 29–44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.06.005>
- Volz, H., Saliger, J., Kasper, S., Möller, H., i Seifritz, E. (2021). Subsyndromal generalised anxiety disorder: operationalisation and epidemiology – a systematic literature survey. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 26(3), 277–286. <https://doi.org/10.1080/1365-1501.2021.1941120>
- Whipple, M. O., Hamel, A., & Talley, K. M. (2018).

Fear of falling among community-dwelling older adults: A scoping review to identify effective evidence-based interventions. *Geriatric Nursing*, 39(2), 170–177. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.08.005>

Witlox, J., Eurelings, L. S., de Jonghe, J. F., Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P. i van Gool, W. A. (2010). Delirium in elderly patients and the risk of postdischarge mortality, institutionalization, and dementia: a meta-analysis. *JAMA*, 304(4), 443–451. <https://doi.org/10.1001/jama.2010.1013>

Wolters, F. J., Chibnik, L. B., Waziry, R., Anderson, R., Berr, C., Beiser, A., Bis, J. C., Blacker, D., Bos, D., Brayne, C., Dartigues, J. F., Darveesh, S. K., Davis-Plourde, K., De Wolf, F., Debette, S., Dufouil, C., Fornage, M., Goudsmit, J., Grasset, L., . . . i Hofman, A. (2020). Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology*, 95(5), e519–e531. <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000010022>

[a] World Bank. (2022). *Population ages 65 and above (% of total population)*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS>

[b] World Bank. (2022). *Population ages 65 and above (% of total population) - Croatia*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=HR>

[c] World Bank. (2022). *Population ages 65 and above (% of total population) – European Union*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=HR>

[d] World Bank. (2022). *Population ages 65 and above (% of total population) - United States*. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=US>

World Health Organization. (2019). *Risk Reduction of Cognitive Decline and Dementia: WHO Guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550543>

World Health Organization. (2020). *WHO methods and data sources for country-level causes of death 2000-2019*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghc2019_cod_methods.pdf?sfvrsn=37bcfacc_5

Wu, L. T. i Blazer, D. G. (2011). Illicit and nonmedical drug use among older adults: a review. *Journal of aging and health*, 23(3), 481–504. <https://doi.org/10.1177/0898264310386224>

Zarit, S. H. i Zarit, J. (2007). *Mental Disorders in Older Adults, Fundamentals of Assessment and Treatment*. The Guilford Press.

Abstract

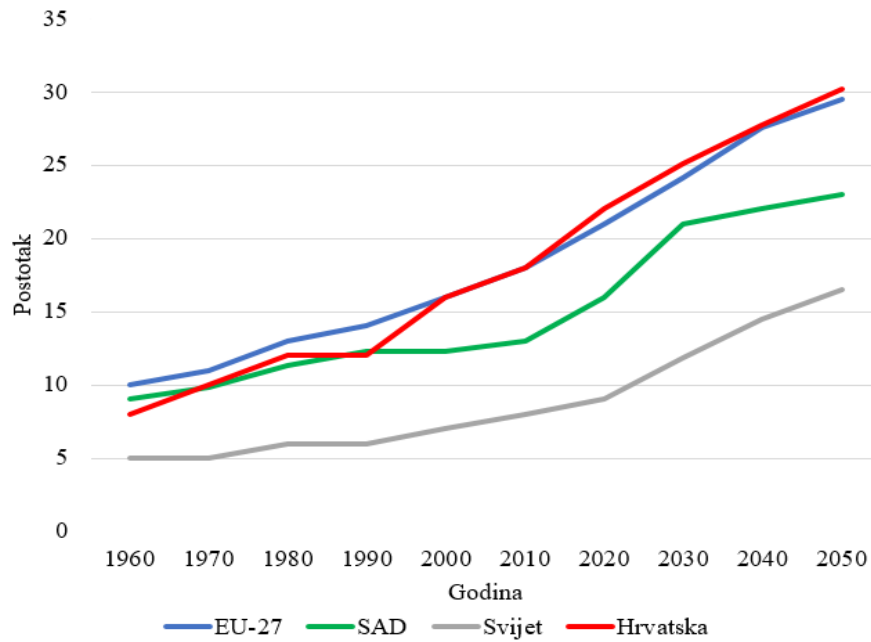
Due to improved healthcare, advances in medicine, and declining birth rates, the proportion of the elderly population is constantly increasing. Mental disorders impair independence, physical health, quality of life and overall functioning. However, mental health problems of the elderly are often underestimated and not taken seriously due to prejudices and lack of knowledge about aging and the normative and pathological changes it brings. Signs of impaired mental health in older adults are sometimes overlooked or ignored, as symptoms are attributed to somatic illnesses. There is also a false belief that the attitudes, thought patterns, and feelings of older individuals are impossible to change because they have become firmly established and solidified over the years. Mental disorders in the elderly can also often manifest differently than in younger individuals, so the aim of this paper is to provide an overview of some disorders present in the older population. The neurocognitive disorders delirium and dementia, which are the most common causes of cognitive impairments in the elderly, are described. Additionally, depression, delusional disorder, generalized anxiety disorder, phobic disorders, substance related and addictive disorders are also discussed.

Key words: delirium, delusional disorder, gerontopsychology, prescription and OTC drug abuse, sub-threshold depression

Prilog

Slika 1

Grafički prikaz postotka osoba starijih od 65 u ukupnom stanovništvu (World Bank, 2022c; Eurostat, 2021; World Bank, 2022d; World Bank, 2022a; Our World in Data (n.a.); World Bank, 2022b).



Slika 2

Grafički prikaz stope suicida po spolu i dobi na 100 000 stanovnika u SAD-u 2020. godine (Garnett i sur., 2022).

