

Demencija i psihijatrijski simptomi

Suzana Uzun, Oliver Kozumplik, Ninoslav Mimica

STARENJE – UVODNE NAPOMENE

Starenje je prirodna, normalna fiziološka pojava koja je izrazito individualna za svakog čovjeka. Svaki čovjek drugačije stari tako da je populacija starije životne dobi prepoznata kao heterogena skupina. Proces starenja definiramo kao progresivan, stalan i postupan proces smanjenja strukture i funkcije organa i organskih sustava.

Brojne su predrasude i pogrešni stavovi da je starost nužno povezana s funkcionalnom onesposobljenošću i bolešću, međutim posve je jasno da starenje i bolest nisu sinonimi.

Potrebno je razlikovati pojmove starenja i starosti. Nema odgovora na pitanje zbog čega starimo pa su i definicije ovoga pojma razmjerno rijetke i nema jedne opće prihvaćene.

Handler (prema Despot Lučanić, 2011) navodi da je starenje propadanje zrelog organizma kao posljedica promjena, vremenski ovisnih i uglavnom nepovratnih, koje su prirodene svim članovima neke vrste, tako da s prolaskom vremena oni mogu postajati sve nesposobniji suočiti se s okolinskim stresom i tako povećavaju vjerojatnost smrti. Birren i Birren navode da se starenje odnosi na pravilne ili redovite promjene reprezentativnih organizama u reprezentativnoj okolini koje se zbivaju s protokom vremena. Yates (prema Despot Lučanić, 2011) navodi da je starenje svaka vremenski ovisna promjena nekog objekta ili sustava.

Često starenje poistovjećujemo s kronološkom dobi, što nije sasvim opravdano jer postoje velike razlike među ljudima, a i kod iste osobe, s obzirom na različite aspekte starenja. Vrijeme početka starenja nije moguće precizno odrediti; osim toga,

biološko, psihološko i socijalno starenje ne moraju početi u istoj vremenskoj točki. Teorije starenja mogu se svrstati u tri skupine: biološke, sociološke i psihološke.

U skupini bioloških su teorije koje naglašavaju da je starenje ugrađeno u genetski sustav, odnosno da postoji genetski određen "plan" starenja (promjena u opadanju različitih funkcija organizma) koji se aktivira nakon reproduktivne zrelosti, ali varijable iz okoline mogu ga modificirati (genetika ipak određuje maksimum). Među biološkim teorijama su i one koje naglašavaju da je starenje rezultat akumuliranih oštećenja koja uzrokuju slučajni događaji iz svakodnevnog života, a mogu biti izazvani unutarnjim ili vanjskim faktorima (npr. bolesti, ozljede, štetne tvari).

Sociološke teorije objašnjavaju promjene u odnosu pojedinca i društva do kojih dolazi u procesu starenja (promjene u socijalnim aktivnostima, promjene socijalnih interakcija i socijalnih uloga u funkciji starenja) kao i utjecaj društva i kulture na starenje pojedinca i utjecaje starenja pojedinca na društvo.

Jedinstvene, široko prihvaćene, integrativne teorije u psihologiji starenja koja bi odgovorila na pitanja o organizaciji i dezorganizaciji ponašanja tijekom ljudskog vijeka nema što se može razumjeti s obzirom da starenje predstavlja izrazito složen fenomen. Sa starenjem se mogu zbivati promjene koje predstavljaju dobitak a ne gubitak - ovu tvrdnju naglašavao je već Carl Gustav Jung koji je razdoblje nakon 40. godine smatrao periodom života u kojem se osoba počinje okretati sama sebi, postaje svjesnija sebe i traži cilj, smisao i cjelovitost vlastitog života. Erik Erikson koji je ponudio teoriju cjeloživotnog raz-

Tijekom povijesti i među različitim kulturama mogu se pratiti razlike u odnosu prema starim osobama. Tako su, na primjer, u antičko vrijeme stari ljudi uživali veliko poštovanje no u suvremenim razvijenim društvima, karakterističnim po brzom razvoju novih tehnologija, stječe se dojam da je iskustvo starih ljudi na manjoj cijeni. Negativni stavovi mogu utjecati na ponašanje starijih osoba. Kod dijela starih ljudi može se opaziti gubitak samopoštovanja, snižena motivacija, sniženo povjerenje u vlastite sposobnosti. Okolina često nesvjesno potkrepljuje i učvršćuje ponašanja starije osobe u kojima je očita njezina ovisnost o drugima. Takva ponašanja izazivaju veću pažnju okoline nego ponašanja koja pokazuju neovisnost. To je naročito očito u institucijama. Mnoga istraživanja pokazuju da ako se osoblje u Domovima ponaša prema starim ljudima kao nemoćnim osobama, te osobe i postaju nemoćne. Stoga je uputno voditi računa o (ne)mogućnostima stare osobe, riješiti se predrasuda i u komunikaciji sa starijom osobom prepoznati njenu individualnost, te sukladno njenim potrebama prilagođavati aktivnosti. Negativni stereotipi i predrasude spram starijih osoba manji su u onih koje imaju više znanja o starenju, koji često imaju interakcije sa starima i koji imaju sposobnost vidjeti stvari iz perspektive starije osobe. Predrasudama su ljudi naročito podložni u situacijama kada nemaju drugih specifičnih podataka o osobi (a starija dob je odmah uočljiva).

DEPRESIJA U STARIJOJ ŽIVOTNOJ DOBI

Depresija nije normalan dio procesa starenja. Produženjem životnog vijeka in-

terez za pravovremenom dijagnozom i liječenjem psihijatrijskih poremećaja u osoba starije životne dobi raste. Od depresije boluje 10-15% osoba starije životne dobi pa se depresija smatra najčešćim duševnim poremećajem u starosti. Preciznije, od depresivnog poremećaja boluje 1-3% starijih osoba u općoj populaciji, a dodatno 8-16% ima klinički značajne simptome depresije. Depresija u osoba starije životne dobi je zdravstveno stanje koje se može liječiti. Depresija je često nedijagnosticirana i neliječena u starijih osoba čemu pridonosi mit da je depresivnost uobičajena u osoba starije životne dobi i prirodna reakcija na kroničnu bolest i promjene koje starija životna dob donosi. Poboljšano prepoznavanje i liječenje depresije u starijoj životnoj dobi donosi veliki potencijal za poboljšanje tjelesnog i mentalnog zdravlja u ovoj životnoj dobi, smanjujući dizabilitet u kasnijim godinama života te poboljšavajući kvalitetu života. Specifična je slika vaskularne depresije kod koje su prisutni apatija, socijalno povlačenje, anhedonija, sve opsežnija disfunkcija u svakodnevnom aktivnostima, kognitivna oštećenja u području izvršnih funkcija i usporenost u procesuiranju informacija. Depresija uzrokuje ne samo morbiditet, već i mortalitet, te je prevencija samoubojstava glavni cilj psihijatra u liječenju pacijenata starije dobi. U osoba starije životne dobi brojne promjene u životu mogu povećati rizik za depresiju, odnosno pogoršati postojeći depresivni poremećaj kao što su preseljenje, umirovljenje, kronična bolest ili bol, odlazak djece, smrt bliske osobe ili supružnika te gubitak samostalnosti. Dokazani rizici za depresiju u starijoj životnoj dobi su ženski spol, narušeno zdravlje, gubitak samostalnosti i nepostojanje adekvatne podrške i pomoći od strane bliskih osoba ili sustava. Dijagnosticiranje i liječenje depresije zahtijeva sveobuhvatan pristup koji uključuje rano prepoznavanje, dobru dijagnostičku i diferencijalno-dijagnostičku procjenu, prepoznavanje vodećih simptoma

ma kliničke slike
zika, što raniji i
dualno planiran
liječenja, izbor to
prevencije ponov

Vaskularne bolesti udar, srčani infarkt i rizik za depresiju mozak i psihološka promjena je rizični faktor. Psihološki čimbenici poput gubitka cijelosti života, žalovanjem i smrti mogu također povećati specifičnih obilježja i komorbiditeta objašnjavaju zašto kod starijih uz anamneznu, obavezno moraju biti EKG, rutinski pregledi i Mini mental test.

Depresija u starijima se fenomenološki razlikuje od depresije u mlađoj dobi. Istraživanja učinak terapije depresivnog pacijenta pokazuju da stariji pacijenti često imaju više somatskih simptoma više iskazuju anksioznost, a manje emocionalne. Također, stariji pacijenti često imaju više somatske pritužbe s koncentracijskim poteškoćama, često poriču snižen libido, a manje često jasno žale na poteškoće u seksualnom interesu i nemogućnost ostvarenja interesa i nemogućnost ostvarenja interesa. Depresija može biti uzrokovana gubitkom apetita i smanjenjem apetita. Depresija može biti uzrokovana gubitkom apetita i smanjenjem apetita.

žene starije životr
ptoma depresivnog i
raca iste dobi. čimb
odgovorni za depres

ma kliničke slike, procjenu suicidalnog rizika, što raniji početak liječenja, individualno planiranje različitih postupaka liječenja, izbor terapijske sredine te plan prevencije ponovne epizode.

Vaskularne bolesti, uključujući moždani udar, srčani infarkt i dijabetes povećavaju rizik za depresiju kroz izravne učinke na mozak i psihološke učinke. Također, demencija je rizični čimbenik za depresiju. Psihološki čimbenici kao što su usamljenost, gubitak cijenjene uloge, kao i socijalni čimbenici povezani sa umirovljenjem, žalovanjem i smanjenom samostalnošću mogu također povećati rizik. Postojanje specifičnih obilježja kliničkih slika depresije i komorbiditeta u starijih osoba objašnjavaju zašto se u dijagnozi depresije kod starijih uz anamnezu i heteroanamnezu, obavezno moraju učiniti tjelesni pregled, EKG, rutinske laboratorijske pretrage i Mini mental test (MMSE).

Depresija u starijoj životnoj dobi može se fenomenološki razlikovati od depresije u mlađoj dobi. Rezultati objavljenih istraživanja učinaka dobi na fenomenologiju depresivnog poremećaja pokazali su da stariji pacijenti s depresijom u usporedbi s mlađim odraslim depresivnim bolesnicima više iskazuju agitaciju, hipohondriju te opće kao i gastrointestinalne tjelesne simptome, ali manje osjećaj krivnje i gubitak seksualnog interesa. U starijoj dobi, uz depresivne simptome, osobe iznose nejasne somatske pritužbe, anksioznost, probleme s koncentracijom i pamćenjem. često poriču sniženo raspoloženje, ali se jasno žale na poteškoće spavanja, nedostatak interesa i nemogućnost uživanja u stvarima koje su im prije pružale zadovoljstvo, gubitak apetita i nedostatak motivacije. Depresija može biti popratni simptom kognitivnih disfunkcija čije prepoznavanje pridonosi uspješnijem liječenju depresije.

žene starije životne dobi imaju više simptoma depresivnog poremećaja od muškaraca iste dobi. čimbenici koji su većinom odgovorni za depresiju u navedenoj popu-

laciji su: kronični stres, promjene stanovanja, ovisnost o drugima, lošije zdravlje, pretjerana konzumacija alkohola ili nekih drugih psihoaktivnih tvari, financijske poteškoće, žalovanja nakon gubitka bliske osobe, bolničko liječenje, bračni problemi, umirovljenje, razvod, bolest bliskih članova obitelji, socioekonomske poteškoće, društvena izolacija te narušeni odnosi s članovima obitelji.

U većini slučajeva kod starijih osoba znakovi depresije se ne prepoznaju na vrijeme. Simptomi na koje bi trebalo obratiti pažnju kod tih osoba su promjena apetita, dobivanje ili gubitak na tjelesnoj težini, uznemirenost, osjećaj bezvrijednosti, samoće i krivnje, gubitak energije, povjerenja, samopoštovanja i interesa ili uživanja u uobičajenim stvarima, nedostatak koncentracije te poremećaj raspoloženja koji traje više od dva tjedna. Važno je prepoznati da se pacijenti ne moraju uvijek prezentirati na tipičan način; obilježja koja mogu ukazivati na depresiju uključuju anksioznost, preokupaciju somatskim simptomima i promjene u funkcioniranju. Simptomi depresije često su povezani s ili čak prethode demenciji. Kognitivna oštećenja kod depresije u starijoj životnoj dobi su učestalija, onesposobljavajuća i heterogena. Precizna procjena kognitivnih funkcija je vitalna za prognozu i planiranje tretmana. Psihološke intervencije za očuvanje kvalitete života u starosti uključuju procjenu općeg stanja, zadovoljstva životom i potreba starije osobe, praćenje učinkovitosti intervencija povremenim ponovnim procjenama te spremno reagiranje na promjene u potrebama svake osobe.

Procjena i dijagnoza su uvelike bazirani na povijesti bolesti pri čemu se treba fokusirati na otkrivanje aktualnih obilježja depresije koja su prisutna tijekom barem 2 tjedna i povezana su sa značajnim promjenama u funkcioniranju. Važno je isključiti organske poremećaje uključujući anemiju, deficijenciju vitamina B₁₂ i folata te hipoti-

reoidizam koji mogu oponašati simptome depresivnog poremećaja.

Kod uvođenja psihofarmakoterapije treba voditi računa o izboru antidepresiva, njegovog profila nuspojava i interakcija s drugim lijekovima koje osoba starije životne dobi uzima. Treba izbjegavati polipragmaziju. Liječenje treba započeti niskom dozom lijeka i titrirati je unutar maksimalnog raspona doze. Potrebno je učestalo procjenjivanje učinaka liječenja i procjena potrebe korekcije doze ili promjene lijeka obzirom da se kod starijih osoba treba voditi računa i o mogućim akutnim pogoršanjima tjelesnog stanja. Podaci iz literature ukazuju da su selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina i ostali antidepresivi druge generacije preporučeni kao prva linija liječenja depresije u starijoj životnoj dobi. Razlike u učinkovitosti i podnošljivosti između pojedinih lijekova i skupina lijekova su minimalne ili nepostojeće. Triciklički antidepresivi uzimaju se u obzir samo kao druga linija liječenja zbog njihovog kardijalnog rizika i antikolinergičkih učinaka. Kod depresije rezistentne na liječenje opcije augmentacijske terapije uključuju litij i atipične antipsihotike. Liječenje antidepresivom treba nastaviti tijekom najmanje 6-12 mjeseci, a preporuke gerontopsihijataru su sljedeće – minimalno 12 mjeseci nastaviti liječenje nakon prve epizode, 24 mjeseca nakon druge epizode, a najmanje tri godine nakon treće ili više epizoda. U psihotičnih depresija antipsihotike se obično preporučuje nastaviti kroz šest mjeseci s postupnim ukidanjem lijeka u skladu s kliničkim poboljšanjem stanja bolesnika.

Elektrokonvulzivna terapija (EKT) je terapija izbora tek za teške depresije u slučajevima terapijske rezistencije, kod teške suicidalnosti i ekstremnog odbijanja hrane i tekućine. Nuspojave EKT-a kod starijih osoba su srčane aritmije, hipertenzivne krize, smetenost, amnezija, glavobolja, rijetko epileptički status ili kompresijske frakture kralješka (posebice kod žena s

osteoporozom). Terapija svjetlom i transkranijalna magnetna stimulacija (TMS), provode se u kliničkoj praksi. Prema nekim autorima uz adekvatno liječenje dolazi do poboljšanja u više od 90% bolesnika.

PSIHIČKI SIMPTOMI U DEMENCIJI

Najčešći psihički simptomi u osoba s Alzheimerovom bolesti (AB) u njenoj ranoj fazi su apatija, emocionalna inkontinencija, depresivni simptomi i anksioznost, dok se s napredovanjem bolesti javljaju poremećaji spavanja, razdražljivost, agitacija, agresivno ponašanje, psihomotori nemir, deluzije i halucinacije. Promjene na planu ličnosti, gubitak kontrole nagona, uz vulgarnost, hiperaktivnost i pojavu repetitivnih ponašanja češći su u osoba s frontotemporalnom demencijom.

Prema rezultatima istraživanja, do 90% vremena u kojem se pojavljuju ponašajni i psihički simptomi u smislu agitacije, iritabilnosti, nemira, poremećaja spavanja i emocionalnog stresa u osoba s demencijom izazvani su nečime (najčešće nekom promjenom) u okolini ili pristupom i postupkom formalnog ili neformalnog njegovatelja, odnosno pojavom tjelesnog komorbiditeta. Spalletta i sur. skloni su simptomima psihičkih poremećaja u osoba s Alzheimerovom bolesti i drugim demencijama razmatrati u okviru klinički različitih neuropsihijatrijskih sindroma te razlikuju: 1) apatiju; 2) afektivni sindrom (depresija i anksioznost); 3) psihomotori sindrom (agitacija, iritabilnost i promjena psihomotorne aktivnosti); 4) psihotični sindrom (deluzije i halucinacije); 5) manični sindrom (dezinhibicija i euforija). Osoba s demencijom možda neće moći verbalizirati vlastitu tjeskobu, biti će vidno uznemirena, a anksioznost će se moći prepoznati u tjeskobnom izrazu njezinih lica i u tjelesnim simptomima (znojenje, tremor, lupanje srca i sl.). Ublažavanje tjeskobe niskom dozom lijekova s anksiolitičkim djelovanjem (kao što su oksazepam, alprazolam, klonazepam, sulpirid, antidepresivi

skupine inhibitori serotonina – posebice ksioznost prati stanje osobe obolesti ili neke druge zbrinjavanje instituciji.

Prema podacima sumanutih ideja 63%, a pojavno: prevalencija psihije u bolničkih bolesnika te u osoba s aktivnom deterioracijom: hoze u AB-u važni ptomi javljaju na demencije. Kompletnetke su u AB-u, deluzije krive iden oboljelih od AB. Najčešće su haluc od slušnih u shi: znatno su rjeđi. najčešće se javlj: nutosti su uglav: ne i paranoidno: cije javljaju češ: od složenih sluš: mentirajućeg ili: koje se javljaju: deluzije javljaju: nego halucinacij: tifikacije osoba: uobičajeno je ja: ra, agitacije te v:

Antipsihotik primarno prema: va i interakcijan: jekovima. Da bi: ju stanja i sprije: terapiju kod ps: pažljivo i postej: vrijeme i u što n: mi psihoze nisu: trebalo bi razm: inicijalno bi ju: postoji rizik oc: ljeđivanja drugi:

skupine inhibitora povratne pohrane serotonina – posebice u okolnostima kada anksioznost prati depresiju) važno je za opće stanje osobe oboljele od Alzheimerove bolesti ili neke druge demencije te olakšava njezino zbrinjavanje u krugu obitelji ili u instituciji.

Prema podacima iz literature, pojavnost sumanutih ideja u osoba s AB-om iznosi 63%, a pojavnost halucinacija 41%. Viša prevalencija psihotičnih simptoma nađena je u bolničkih negoli u ambulantnih bolesnika te u osoba s uznapredovalom kognitivnom deterioracijom. Za dijagnozu psihoze u AB-u važno je da se psihotični simptomi javljaju nakon pojave simptoma demencije. Kompleksne i bizarne deluzije rjetke su u AB-u, a česte u shizofreniji. Deluzije krive identifikacije osoba česte su u oboljelih od AB-a, a rjetke u shizofreniji. Najčešće su halucinacije vidne, za razliku od slušnih u shizofreniji. Pokušaji suicida od slušnih u shizofreniji. Pokušaji suicida znatno su rjeđi. Od psihotičnih simptoma najčešće se javljaju sumanute ideje. Sumanutosti su uglavnom jednostavne, nebizarne i paranoidnog tipa. Vidne se halucinacije javljaju češće nego slušne, za razliku od složenih slušnih halucinacija, često komentirajućeg ili imperativnog karaktera, koje se javljaju u shizofreniji. Paranoidne deluzije javljaju se u ranijoj fazi bolesti nego halucinacije i deluzije pogrešne identifikacije osoba. Uz psihotične simptome uobičajeno je javljanje motoričkog nemira, agitacije te verbalne i fizičke agresije.

Antipsihotik kod starijih osoba biramo primarno prema njegovu profilu nuspojava i interakcijama s ostalim propisanim lijekovima. Da bismo postignuli stabilizaciju stanja i spriječili relapse, antipsihotičnu terapiju kod psihoze u AB-u potrebno je pažljivo i postepeno titrirati, davati kraće vrijeme i u što nižim dozama. Ako simptom psihoze nisu prisutni tri do šest mjeseci, trebalo bi razmisliti o ukidanju terapije, a inicijalno bi ju trebalo uvoditi samo ako postoji rizik od samoozljeđivanja ili ozljeđivanja drugih te ako druge nefarmako-

loške metode nisu polučile uspjeh. Prednost nastojimo dati nefarmakološkim intervencijama.

U svakodnevnom kliničkom radu često vidamo delirij superponiran na demenciju u čijoj kliničkoj slici dominiraju dezorijentiranost, psihomotorni nemir, konfuzija i dezorganizirano ponašanje. Demencija je vodeći rizični čimbenik za razvoj delirija jer se 2/3 delirija javljaju u osoba s demencijom. Unatoč visokoj stopi učestalosti, simptomi delirija ne prepoznaju se, a jedan od razloga za njihovo neprepoznavanje jest očekivanje da se delirij prezentira samo hiperaktivnom formom (agitacijom, halucinacijama i neprimjerenim ponašanjem), dok se on može pojaviti u hipoaktivnoj formi s letargijom i smanjenom aktivnosti. Njegov fluktuirajući tijek dodatno može sakriti pravu dijagnozu. Prije uvođenja antipsihotika u terapiju najprije bi trebalo isključiti sve potencijalne uzroke novonastalog stanja. Obitelji ili osobi koja se brine za bolesnika potrebno je dati upute o obraćanju pažnje na promjenu bolesnikova psihičkog stanja. Bitno im je objasniti da u slučaju psihotične dekompenzacije ne trebaju imati negativno stajalište, suprotstavljati se bolesnikovim uvjerenjima te kako bi bilo dobro pokušati mu odvući pozornost nekom od aktivnosti koje voli. Pri održavanju stabilnoga psihičkog stanja osobama s AB-om i drugim demencijama posebice pomaže uvođenje dnevne rutine ispunjene otprije poznatim aktivnostima.

ZAKLJUČNO

Depresivne epizode, psihotične dekompenzacije i delirij superponiran na demenciju mogu znatno utjecati na kognitivne funkcije, ubrzati njihovu deterioraciju, ali i odraziti se na funkcioniranje osoba s demencijom i njihovu samostalnost u svakodnevnim uobičajenim aktivnostima. Upravo stoga liječenje psihijatrijskih simptoma u osoba s demencijom važno je i nužno jer ako se psihički i ponašajni sim-

ptomi u osobe s demencijom ne liječe, to može dovesti do brže deterioracije kognitivnih funkcija i smanjene kvalitete života bolesnika, njihovih obitelji i šire socijalne zajednice.

Literatura

1. APA Work group on Alzheimer's disease and other dementias. American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with Alzheimer's disease and other dementias. 2. izd. Am J Psychiatry 2007;164:5-56.
2. Berk LE. Psihologija cjeloživotnog razvoja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2008.
3. Birren JE, Birren BA. The concepts, models and history of psychology of aging. U: Birren JE, Schaie KW (ur). Handbook of the psychology of aging (3. izd.). New York: Academic Press, 1990, str. 1-20.
4. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. J Gerontol A Biol Med Sci 2003;58(3):249-65.
5. Blazer DG 2nd, Hybels CF. Origins of depression in later life. Psychol Med 2005;35(9):1241-52.
6. Bump GM, Mulsant BH, Pollock BG i sur. Paroxetine versus nortriptyline in the continuation and maintenance treatment of depression in the elderly. Depress Anxiety 2001;13(1):38-44.
7. Cohn CK, Shrivastava R, Mendels J i sur. Double-blind, multicenter comparison of sertraline and amitriptyline in elderly depressed patients. J Clin Psychiatry 1990; 51(Suppl B):28-33.
8. Cole MG, Dendukuri N. Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. Am J Psychiatry 2003;160(6):1147-56.
9. Davidson J, Allgulander C, Pollack MH i sur. Efficacy and tolerability of duloxetine in elderly patients with generalized anxiety disorder: a pooled analysis of four randomized, double-blind, placebo-controlled studies. Hum Psychopharmacol 2008; 23(6):519-26.
10. Despot Lučanić J. Iskustvo starenja. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2003.
11. Despot Lučanić J. Psihologija starenja i gerontologija - skripta. Zagreb: Zdravstveno veleučilište, 2011.
12. Erikson EH. Identitet i životni ciklus. Beograd: Zavod za udžbenike, 2008.
13. Jung KG. O razvoju ličnosti. Beograd: Akademski knjiga, 2008.
14. Gorwood P, Weiller E, Lemming O, Katona C. Escitalopram prevents relapse in older patients with major depressive disorder. Am J Geriatr Psychiatry 2007; 15(7):581-93.
15. Hess TM. Attitudes toward aging and their effects on behavior. U: Handbook of the psychology aging. Academic Press, 2006.
16. Heiligenstein JH, Ware JE Jr, Beusterien KM, Roback PJ, Andrejasich C, Tollefson GD. Acute effects of fluoxetine versus placebo on functional health and well-being in late-life depression. Int Psychogeriatr 1995; 7(Suppl):125-37.
17. Hotujac Lj, Mimica N. Psihofarmaci. U: Duraković Z i sur. (ur). Farmakoterapija u gerijatriji. Zagreb: C.T. - Poslovne informacije;199-218.
18. Jeste DV, Finkel SI. Psychosis of Alzheimer's disease and related dementias. Diagnostic criteria for a distinct syndrome. Am J Geriatr Psychiatry 2000;8:29-34.
19. Johnson ML. The Cambridge handbook of age and ageing. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
20. Kušan Jukić M, Mimica N. Frontotemporalna demencija - ponašajni i psihički simptomi. U: Klepac N, Borovečki F (ur.). Praktičan pristup bolesniku s demencijom (Frontotemporalna demencija i Alzheimerova bolest). Zagreb: Sveučilište u Zagrebu - Medicinski fakultet i Medicinska naklada, 2016, str. 27-32.
21. Lacković-Grgin K, Ćubela Adorić V. Odbane teme iz psihologije odraslih. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2005.
22. Lerner RM, Easterbrooks MA, Mistry J. Handbook of psychology, Volume 6, Developmental psychology. Hoboken: John Wiley & Sons, Inc., 2003.
23. Lovestone S, Howard R. Depression in elderly people. London: Martin Dunitz, 1997.
24. Lucijanić D, Kušan Jukić M, Mimica N. Delirij superponiran na demenciju - klinička slika i protokoli za liječenje. Soc psihijat 2016;44:130-9.
25. Mimica N, Kušan Jukić M. Depresija u osoba starije životne dobi - specifičnosti kliničke slike i smj 2013;19:182-7.
26. Mimica N, Kušan Jukić M. Psihički poremećaji. U: Tome Kušan Jukić M (ur.). Druge demencije zdravlja. Zagreb: 2017, str. 75-85.
27. Mimica N, Presi D. Farmakoterapija. U: Tome Kušan Jukić M (ur.). Druge demencije zdravlja. Zagreb: 2017, str. 75-85.
28. Mimica N, Uzun Markan šošić V. Antidepressanti. Periodic 103(4):301-8.
29. NIH Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Late Life Depression. JAMA 1990;263:2556-61.
30. Paulsen JS, Salmon D. Prevalence of and risk factors for late life depression. JAMA 1990;263:2556-61.
31. Potter GG, Steffens DC. Depression in old age. JAMA 1990;263:2556-61.
32. Schaie KW, Willis SL. Depression in old age. JAMA 1990;263:2556-61.

- ničke slike i smjernice za liječenje. *Medix* 2013;19:182-7.
26. Mimica N, Kušan Jukić M. Demencija i psihički poremećaji. *Medicus*, 2017; 2(26):215-22.
 27. Mimica N, Presečki P, Kušan Jukić M, Vitezić D. Farmakoterapija u Alzheimerovoj bolesti. U: Tomek-Roksandić S, Mimica N, Kušan Jukić M (ur). *Alzheimerova bolest i druge demencije – rano otkrivanje i zaštita zdravlja*. Zagreb: Medicinska naklada, 2017, str. 75-85.
 28. Mimica N, Uzun S, Folnegović-šmalc V, Markan šošić V, Ljubin T. Sertraline: novel antidepressant with broad treatment spectrum. *Periodicum Biologorum* 2001; 103(4):301-8.
 29. NIH Consensus Development Conference: Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992;268(8):1018-24.
 30. Paulsen JS, Salmon DP, Thal LJ i sur. Incidence of and risk factors for hallucinations and delusions in patients with probable AD. *Neurology* 2000;54:1965-71.
 31. Potter GG, Steffens DC. Contribution of depression to cognitive impairment and dementia in older adults. *Neurologist* 2007;13(3):105-17.
 32. Schaie KW, Willis SL. *Psihologija odrasle dobi i starenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2001.
 33. Sheehan B, Karim S, Burns A. Mood disorders. U: Sheehan B, Karim S, Burns A. *Old age psychiatry*. New York: Oxford University Press, 2009, str. 95-124.
 34. Spalletta G, Musicco M, Padovani A i sur. Neuropsychiatric symptoms and syndromes in a large cohort of newly diagnosed, untreated patients with Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2010;18:1026-35.
 35. Steffens DC, Blazer DG. Mood disorders. U: Blazer DG, Steffens DC (ur). *Essentials of geriatric psychiatry*. 2nd ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 2012, str. 125-48.
 36. Steffens DC, Helms MJ, Krishnan KR, Burke GL. Cerebrovascular disease and depression symptoms in the cardiovascular health study. *Stroke* 1999;30(10):2159-66.
 37. Uzun S, Kozumplik O, Mimica N, Folnegović-šmalc V. *Nuspojave psihofarmaka*. Zagreb: Medicinska naklada i Psihijatrijska bolnica Vrapče, 2005.
 38. Uzun S, Kozumplik O, Mimica N, Makarić G, Folnegović-šmalc V. Nuspojave antidepresiva i interakcije s lijekovima iz drugih skupina. *Medicus* 2004;13(1):69-75.
 39. Woodruff-Pak DS. *The neuropsychology of aging*. Oxford: Blackwell Publishers, 1997.