

**BOLNIK V PALIATIVNI OSKRBI
- POGOSTI PSIHOLOŠKO-
PSIHIATRIČNI SIMPTOMI
IN FARMAKOTERAPEVTSKE
INTERVENCE**

JANA KNIFIC

SAŠA KOCIJANČIČ AZZAOU

POVZETEK

Bolniki z rakom pogosto doživljajo duševno stisko, ki zajema čustvene, psihološke, socialne in duhovne razsežnosti in lahko pomembno ovira spoprijemanje z boleznijo in zdravljenjem. Čeprav je določena mera stiske normalen odziv na hudo bolezen in bližino smrti, se lahko razvije v klinično pomembne duševne motnje. Prevalenca duševnih motenj je v paliativnem obdobju dva- do trikrat višja kot v splošni populaciji, prevalenca depresije v paliativni oskrbi je ocenjena na približno 14–16 odstotkov, prevalenca prilagoditvenih motenj na 15 odstotkov, prevalenca anksioznih motenj pa na 10 odstotkov. Simptomi so pogosto spregledani zaradi prepletanja s telesnimi znaki bolezni, kar vodi v slabšo prepoznavnost in zdravljenje. Tveganje za samomor je pri bolnikih z rakom približno dvakrat večje kot v splošni populaciji, kar potrjujejo epidemiološke študije. Nespečnost je zelo pogosta in dodatno poslabšuje kakovost življenja ter je povezana s povečanim tveganjem za samomor. Zdravljenje duševnih motenj v paliativnem obdobju je individualizirano in vključuje kombinacijo psihoterapevtskih in farmakoloških ukrepov, pri čemer je treba upoštevati bolnikovo telesno stanje, prognozo in preference. Celostna obravnava duševnih motenj v paliativnem obdobju raka je ključna za izboljšanje kakovosti življenja in zmanjšanje trpljenja.

UVOD

Bolniki z rakom pogosto doživljajo duševno stisko. Opredeljena je kot neprijetna čustvena, psihološka, socialna in duhovna izkušnja, ki bolnika ovira pri spoprijemanju z boleznijo in pri zdravljenju ter zajema vse od običajnih občutkov žalosti, ranljivosti, strahu in negotovosti pa do ovirajočih občutkov izoliranosti, panike, tesnobe, depresije, eksistenčne in duhovne krize (1–4). V obdobju, ko se bolniki soočajo z izčrpanim specifičnim zdravljenjem in koncem življenja je stiska še pogostejša (3, 5).

To je normalen in pričakovan odziv na potek bolezni in umiranje, lahko pa se doživljanje stopnjuje in se izraža z globljo simptomatiko, ki traja dlje časa in močno vpliva na delovanje posameznika ter dosega kriterije duševne motnje (2, 6). Duševna stiska je pogosto, kar v 30 odstotkih, neprepoznana, kar deloma pripisujemo pričakovanosti takega doživljanja v težkem življenjskem položaju, deloma pa prepletanju s telesnimi simptomi bolezni in zdravljenja (7, 8). Razlikovanje normalnega in pričakovanega odziva od globlje duševne stiske je velik diagnostični izziv (4).

Najpogostejše duševne motnje v paliativnem, zadnjem obdobju življenja so depresivne motnje, anksiozne motnje, prilagoditvene motnje in delirij. Prevalenca duševnih motenj pri bolnikih v paliativni oskrbi je dva- do trikrat višja kot v splošni populaciji (5, 6, 9).

ANKSIOZNOST

Več kot 50 odstotkov bolnikov z rakom poroča o anksioznih simptomih, tesnoba je naraven odziv človeka na stres oziroma neugodne dražljaje in je pogosta spremljevalka bolnikov s hudimi boleznimi (6, 10).

Anksioznost se pojavlja neprekinjeno, vse od prilagoditvene reakcije na stres pa do hudih, izčrpavajočih, klinično pomembnih anksioznih stanj, kot je na primer panični napad. Hudo izraženi simptomi pomnožijo bolnikovo trpljenje zaradi osnovne bolezni (10).

Viri anksioznosti pri bolnikih z rakom so številni. Povezani so lahko:

- s samim stadijem bolezni, napredovanjem bolezni, pojavom neobvladanih telesnih simptomov (na primer bolečino), pojavom telesnih simptomov, ki ovirajo funkcioniranje in s tem večajo odvisnost bolnika od pomoči drugih,
- s finančnimi stiskami, nezmožnostjo opravljanja poklica ali drugih pomembnih vlog (mama, oče),
- s pojavom eksistencialnih in duhovnih stisk ob bližajoči se smrti (3, 5).

Že prej prisotne primarne anksiozne motnje se lahko okrepijo v paliativnem obdobju. Pljučni, ginekološki in hematološki raki so povezani z visoko stopnjo anksioznosti. Nekateri telesni simptomi so prediktorji pojava anksioznosti. To so dispneja, palpitacije, gastrointestinalni simptomi, kronična, neobvladana bolečina; tudi manj izraziti simptomi, kot je kolcanje, lahko povzročijo veliko duševno stisko in močno vplivajo na kakovost življenja.

Diagnozo anksioznosti postavimo z izključevanjem somatskega razloga za njen pojav. Anksiozna simptomatika v paliativnem obdobju se kaže tako, da bolniki poročajo o telesnih simptomih, kot so tahikardija, tahipneja, tremor, navzeja, suha usta, nespečnost, neješčnost, potenje, mravljinčenje, mrazenje ali oblivi, simptomi gastrointestinalnega trakta. Ob telesnih simptomih se pojavljajo tudi zaskrbljenost, strah, žalost, jokavost, ruminacije, občutek nesposobnosti odriniti skrbi ali prosto lebdeča tesnoba. Pogosto je treba aktivno povprašati o čustvenem doživljanju.

Anksiozni simptomi se pojavljajo v različnih vzorcih, intermitentno ali perseverativno, v napadih občasno ali permanentno, lahko tudi ob prevladujočem telesnem simptomu osnovne onkološke bolezni.

Pri terapevtskem pristopu je treba upoštevati telesno stanje in prognozo bolezni, anamnezo anksioznih motenj in njihovo zdravljenje, trenutne psihosocialne razmere, druge komorbidnosti in krhkost bolnika. Terapija je sestavljena iz psihoterapevtskih pristopov in preudarne uporabe psihofarmakoterapije. Medikamentozna terapija ima vlogo pri hitrem nadzoru simptomov pri bolnikih, ki imajo zelo izražene anksiozne simptome, so funkcionalno ovirani in lahko prenašajo stranske učinke uvedene terapije. Uporabljamo lahko več skupin zdravil, ki imajo anksiolitične lastnosti (antiepileptiki, antipsihotiki, antiholinergiki, sedativi), a glavni skupini zdravil za obvladovanje akutne in kronične anksioznosti so antidepressivi in anksiolitiki (3, 6, 11).

DEMORALIZACIJA IN PRILAGODITVENA MOTNJA

Prilagoditvena motnja je opredeljena kot intenzivna preokupacija z izrazito zaskrbljenostjo in ruminacijami, ki sledi stresnemu dogodku in ob težavah s spoprijemanjem bolnika moti v njegovem vsakodnevem funkcioniranju. Demoralizacija je stanje težavnega spoprijemanja z rakom, ki se kaže z upadom volje do življenja, izgubo upanja, občutki ujetosti in brezizhodnosti ter izgubo smisla v življenju. Primerljiva je s prilagoditveno motnjo, upoštevajoč eksistencialni distress ob rakavem obolenju. Prevalenca prilagoditvene motnje je med bolniki s telesno boleznijo 15-odstotna, pri bolnikih z rakom se pojavlja pri 15–20 odstotkih v različnih obdobjih bolezni. Prevalenca demoralizacije je pri bolnikih v paliativni oskrbi 15-odstotna, pri telesnih boleznih 25-odstotna, pri bolnikih z duševno motnjo pa do 50-odstotna (3).

Rizični dejavniki za pojav demoralizacije so telesna in duševna bolezen z velikim bremenom, ki presega strategije spoprijemanja posameznika, zahtevno zdravljenje onkološke bolezni, ponavljajoče se/dolge hospitalizacije, socioekonomske težave, samskost, ženski spol, pomanjkljiva socialna mreža. Bolniki pogosto ne prepoznajo, da so lahko telesna bolezen in njeno zdravljenje, napredovanje bolezni, prognoza ali breme simptomov velik stresor, ki pomeni izziv za spoprijemanje in presega bolnikove trenutne zmožnosti za spoprijemanje. Simptomi prilagoditvene motnje in demoralizacije so distress, žalost, žalovanje, razočaranje, izguba poguma, zaupanja v zdravljenje. Diagnostični kriteriji za demoralizacijo so simptomi, ki so prisotni več kot dva tedna: nizka morala, občutek razočaranja, nezmožnost spopadanja z boleznijo, občutek neuspeha, občutek ujetosti, paraliziranost, nezmožnost spoprijemanja, občutek brezupa,

nesmisla oziroma izgube smisla in lastne vrednosti, posledično izredna duševna stiska z motenim funkcioniranjem v vseh vlogah in s potencialno samomorilno ogroženostjo (3, 6).

DEPRESIJA IN DEPRESIVNE MOTNJE

Prevalenca depresije in depresivnih motenj je pri bolnikih z rakom ocenjena med 5 in 60 odstotki, odvisno od diagnostičnih kriterijev, ki se uporabljajo, stadija in lokalizacij bolezni. Ob upoštevanju strogih kriterijev za depresivno epizodo je prevalenca ocenjena na 20 odstotkov, pri bolnikih z napredovalo boleznijo je prevalenca višja, pri bolnikih v paliativni oskrbi je 29-odstotna. Prevalenca depresivnih motenj variira od 7 do 49 odstotkov pri paliativnih bolnikih. Sistematični pregled 59 študij, ki so jih opravili v različnih okoljih paliativne oskrbe (bolnišnični/onkološki oddelki, dnevno-bolnišnični oddelki, paliativni oddelki, hospic), je pokazal od 2- do 56-odstotno prevalenco depresije. Ti podatki kažejo, da je prevalenca depresivne motnje dva- do trikrat večja kot v splošni populaciji in podobna kot pri bolnikih z drugimi telesnimi boleznimi (1, 6).

Številni biološki in psihosocialni faktorji vplivajo na pojav depresije. Pogosto depresija ni prepoznana in tudi ni zdravljena, huda depresija še pogostejše, saj bolniki manj poročajo o sebi in svojem doživljanju ob bolj izraženi klinični sliki. Bolniki redko sami spregovorijo o depresivnem razpoloženju, depresija je maskirana, klinična slika atipična. Diagnostični kriteriji za depresivno motnjo so dva tedna trajajoče znižano razpoloženje, izguba veselja, izguba apetita in telesne mase, motnje spanja, izguba energije, utrudljivost, psihomotorična upočasnenost/agitacija, motnje koncentracije, težave pri odločanju, občutki krivde in ponavljajoče se misli o smrti/samomorilne ideacije (12).

Težava pri diagnostiki depresije pri bolnikih z rakom je prekrivanje telesnih simptomov bolezni in zdravljenja s simptomi depresije. Depresija se lahko pojavi v kateremkoli obdobju zdravljenja raka in pri vseh vrstah raka. Dejavniki tveganja za pojav depresije so predhodne depresivne epizode, pozitivna družinska anamneza depresivnih motenj, napredovala bolezen, veliko breme bolezni, pogostejše povečane, nezadovoljene potrebe (fizične, socialne, psihološke in duhovne), visoka stopnja vnetja (vpliv citokinov na razvoj depresije), uporaba nekaterih zdravil (kortikosteroidi, imunterapija ...) (13).

O zdravljenju depresije pri bolnikih z rakom imamo na voljo veliko podatkov, a kliničnih raziskav v populaciji bolnikov v zadnjem obdobju življenja je malo. Na voljo imamo dve modaliteti zdravljenja depresij, in to so psihoterapevtske in farmakoterapevtske intervencije. Pri farmakoterapevtskih intervencijah so zdravilo izbora antidepressivi, ki jim lahko kot adjuvantno

terapijo dodajamo pomirjevala (na primer uvajamo na začetku zdravljenja z antidepresivi, preden nastopi njihov učinek), in kot augmentacijo antidepresivov dodajamo antipsihotike. Pri odločanju o obliki zdravljenja, izbiri ene in/ali druge modalitete, upoštevamo preference bolnika, njegovo telesno stanje, izraženost depresije in dostopnost do pomoči (2, 7, 11).

SAMOMORILNOST

Samomorilnost je lahko del klinične slike depresije ali pa simptom, ki se lahko pojavlja v vseh obdobjih zdravljenja raka. Samomorilna ogroženost je v populaciji bolnikov z rakom višja kot v splošni populaciji, relativno tveganje je dvakrat večje. Količnik samomorilnosti je v letu 2024 znašal 17,09 (14).

Rizični dejavniki za pojav samomorilne ogroženosti so razpoloženska motnja, obup, utrudljivost, bolečine, anksioznost, delirij, odvisnost (od alkohola ali drugih psihoaktivnih snovi), osamljenost, pomanjkljiva socialna mreža, disfunkcionalni družinski odnosi, neugodne socialnoekonomske razmere, odvisnost od pomoči drugega, anamneza samomorilnega vedenja, pozitivna družinska anamneza razpoloženskih motenj, travmatska izkušnja v preteklosti, aktualne samomorilne namere ali načrti in moški spol (13, 14).

Samomorilnost se pojavlja v vseh obdobjih bolezni in zdravljenja; samomorilne misli so lahko pogoste, lahko so način spoprijemanja z boleznijo, način kontrole nad življenjem, lahko pa so odraz slabo obvladanih simptomov – bolečine, nespečnosti, občutkov trpljenja. Zato je pomembno, da o samomorilnih mislih povprašamo bolnike in smo obenem pozorni na prepoznavanje in sopojev razpoloženske simptomatike (1, 7, 4).

NESPEČNOST

Nespečnost je v paliativni oskrbi izjemno pogosta in prizadene večino bolnikov z napredovalo boleznijo ter pomembno zmanjšuje kakovost življenja, povečuje dnevno utrujenost in psihološko stisko. Vzroki za nespečnost v paliativnem obdobju so multifaktorski, najpogostejše so povezani s slabo obvladanimi telesnimi simptomi (na primer bolečina, dispneja, slabost), psihološko stisko (anksioznost, depresija, eksistencialni strahovi), neželenimi učinki zdravil (na primer kortikosteroidi, opiodi), okolijskimi dejavniki (hrup, svetloba, motnje rutine) in komorbidnostmi (na primer delirij).

Prva linija zdravljenja so nefarmakološki ukrepi. A so za bolnike v paliativnem obdobju dokazi omejeni in pristop mora biti vedno individualiziran. Kognitivno-vedenjska terapija za nespečnost je dokazano najučinkovitejša in vključuje nadzor dražljajev (angl. *stimulus control*), omejevanje časa v postelji (angl. *sleep restriction*), sprostitvene tehnike, kognitivno prestrukturiranje in izobraževanje o higieni spanja. Pri tem je treba upoštevati tudi telesno stanje bolnika in mu prilagoditi intervencije. Koristne so tudi čuječnost, terapija sprejemanja in zavezanosti ter prilagoditve okolja (mirna, temna soba, redna rutina) (15).

Farmakološko zdravljenje je indicirano, kadar nefarmakološki ukrepi niso učinkoviti ali kadar je nespečnost izrazito moteča. Izbira zdravil temelji na simptomatiki (težave z uspanjem, vzdrževanjem spanja ali oboje), komorbidnostih in profilu neželenih učinkov. Uporabljajo se benzodiazepini, agonisti benzodiazepinskih receptorjev (na primer zolpidem, eszopiklon), dvojni antagonisti oreksinskih receptorjev, nizki odmerki doksepina, ramelteon in melatonin. Uporaba antipsihotikov in drugih zdravil ni rutinsko priporočena zaradi omejenih dokazov o učinkovitosti in varnosti. Pri izbiri je treba upoštevati tveganje za sedacijo, padce in interakcije z drugimi zdravili, zlasti pri krhkih bolnikih. Kljub pogosti uporabi farmakoloških ukrepov v praksi ostajajo dokazi za njihovo učinkovitost in varnost v paliativni populaciji zelo omejeni (2, 5, 12, 15).

DELIRIJ

Delirij je nenadna motnja zavesti, razmišljanja in orientacije, ki se običajno razvije v nekaj urah ali dneh ter se kaže tudi s spremenjenim vedenjem. Lahko se pojavi pri vsakomer, a najpogosteje ga opazimo pri starejših, težje bolnih in tistih, ki so hospitalizirani. Tveganje za nastanek delirija narašča s starostjo. Predvideva se, da ima delirij do ena tretjina pacientov, ki so sprejeti v bolnišnico. V intenzivni enoti v bolnišnici je pojavnost delirija do 60-odstotna. Prevalenca na paliativnih enotah se povečuje s približevanjem smrti (ob sprejemih 13- do 42-odstotna, pred smrtjo 59- do 88-odstotna), vendar podatki niso zanesljivi, saj je delirij velikokrat neprepoznan in je torej pojavnost verjetno veliko večja, kot se predvideva (5, 11, 16).

Glavni diagnostični kriterij so:

- motnje zavesti in pozornosti – ki se kažejo kot težave pri usmerjanju, vzdrževanju in preusmerjanju pozornosti, težave vztrajanja v pogovoru, pri upoštevanju navodil;
- motnje nedavnega spomina in orientacije, ne le časovne, tudi krajevne in situacijske, osebna orientacija je po večini ohranjena;

- motnje zaznav – mogoče vse modalitete, najpogosteje vidne, slušne, scenske (kompleksne/ liliptutanske, olfaktorne, taktilne), spremenjeno je doživljanje okolice;
- vsebinske motnje mišljenja: blodnjave vsebine (preganjalne, bežne, nesistemetizirane, enostavne), nezaupljivost, odklonilnost, nemir, lahko heteroagresivnost;
- motnje spanja: fragmentiranost, porušen dnevno-nočni cikel, dnevna zaspanost, intenzivne sanje/sanje prehajajo v budnost – halucinacije.

Obstajajo tri oblike delirija:

- hipoaktivni delirij: oseba je tiha, umirjena, neodzivna, zaspana ali pasivna;
- hiperaktivni delirij: oseba je nemirna, vznemirjena, lahko halucinira ali postane agresivna;
- mešana oblika: izmenjujeta se obe navedeni obliki.

Delirij ima več mogočih vzrokov in dejavnikov tveganja, najpogosteje pa gre za kombinacijo dejavnikov. Med najpogostejšimi so (17):

- okužbe (na primer pljučnica, okužbe sečil, sepsa),
- zdravila (na primer uspavala, opioidi, antiholinergiki),
- dehidracija in podhranjenost,
- nenadna prekinitev uživanja alkohola ali pomirjeval (odtegnitev),
- operacije in pooperativno stanje,
- nenadna bolečina,
- krhkost in starost pacienta,
- moški spol,
- sprememba okolja, kot na primer hospitalizacija ali nastanitev v dom starejših občanov,
- motnje vida in sluha,
- zloraba alkohola ali drugih drog/zdravil,
- že znana diagnoza demence ali druge kognitivne motnje,
- socialna izolacija,
- delirantna epizoda v preteklosti,
- nepokretnost in funkcionalna odvisnost,
- pridružene bolezni (na primer depresija ali pa srčnožilne bolezni ...).

Preprečevanje je pri deliriju veliko bolj učinkovito kot zdravljenje. Predvsem so to nefarmakološki ukrepi, ki se lahko izvajajo tako v domačem okolju kot na primer v bolnišnici. Držati se je treba dnevne rutine, ki je predvidljiva in zanesljiva. Na vidnih mestih so koledarji, ure, slike domačih. Osebo pozdravimo z »Dobro jutro« ali »Dober večer«, da se lažje časovno orientira. Čez dan mora biti oseba izpostavljena naravni svetlobi, da se uravnava dnevno-nočni cikel. Dejavnosti potekajo podnevi, ponoči pa je okolje mirno in temno za boljši spanec. Dobra spalna higiena tudi pomaga k ohranjanju tega ritma. Čez dan bolnika spodbujamo k fizični aktivnosti, naj bo to sprehod ali kakršnakoli druga aktivnost, vključno s fizioterapijo, če je to indicirano. Starejše osebe so lahko socialno izolirane, zato potrebujejo pogovore, druženje, miselne aktivnosti, kot na primer branje, reševanje križank in podobno. Izogibati se je treba senzorični deprivaciji tako, da se bolniku zagotovijo očala, slušni aparat, pripomočki za hojo, zato da je aktiven in vključen v dogajanje. Pomembne so osnovne človeške potrebe, ustrezna prehrana in hidracija, redno odvajanje vode in blata. Ustrezna obravnava bolečine in izogibanje potencialnim okužbam, hkrati pa izogibanje nepotrebnim zdravilom (21).

Kadar se kljub vsem preventivnim nefarmakološkim ukrepom razvije delirij, se predlaga farmakološko zdravljenje, ki vključuje antipsihotike, antiholinesterazne inhibitorje, benzodiazepine, melatonin. Ta zdravila so namenjena zdravljenju simptomov delirija, kot so na primer agitacija, nemir, halucinacije. Prvotno je treba vedno obravnavati osnovno stanje, ki je povzročilo delirij, zato da se prekine. V študijah so ugotavljali, da izid delirija izboljšajo antipsihotiki in dexmedetomidin (17-19).

LITERATURA

1. Breitbart W. Psychooncology: depressive disorder in cancer. 2021. p. 320–8.
2. Bultz BD. Guide to implementing screening for distress, the 6th vital sign: background, recommendations, and implementation. Cancer Journey Action Group. 2009. p. 4–43.
3. Grassi L. Psychopharmacology in oncology and palliative care. 2014. p. 145–61.
4. Jacobsen PB. Promoting evidence-based psychosocial care for cancer patients. Psychooncology. 2009;18(1):6–13.
5. Robbins-Welty GA, Riordan PA, Shalev D, et al. Top ten tips palliative care clinicians should know about the psychiatric manifestations of nonpsychiatric serious illness and treatments. J Palliat Med. 2024;27(12):1657–65.
6. Mitchell AJ. Short screening tools for cancer-related distress: a review and diagnostic validity meta-analysis. J Natl Compr Canc Netw. 2010;8(4):487–94.
7. Plemenitaš Ilješ A, Drobnič Radobuljac M, Kores-Plesničar B, Pregelj P, Škodlar B, Terzić T, Bon J, Novak Šarotar B, uredniki. *Smernice za zdravljenje depresivne motnje*. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo; 2021
8. Mehnert A, Hartung TJ, Friedrich M, Vehling S, Brähler E, Härter M, et al. One in two cancer patients is significantly distressed: prevalence and indicators of distress. Psychooncology. 2018;27(1):75–82.

9. Mitchell AJ, Chan M, Bhatti H, et al. Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *Lancet Oncol.* 2011;12(2):160–74.
10. McFarland D, Pirl W, Watson M. Anxiety disorders. In: *Psycho-oncology in palliative and end of life care*. Oxford: Oxford University Press; 2023. p. 25–47.
11. Stahl SM. *Essential psychopharmacology: the prescriber's guide*. Cambridge: Cambridge University Press; 2005.
12. MKB-10-AM, verzija 11. Nacionalni inštitut za javno zdravje (NIJZ). 2024 Dec 16 (citirano 2026-05-04). Dostopno na: <https://nijz.si/podatki/klasifikacije-in-sifranti/mkb-10-am-verzija-11/>
13. Lunder D. Samomorilnost. V: Konec Juričič N, et al., ur. *Prepoznavanje in obravnavanje depresije in samomorilnosti pri pacientih v ambulantni družinskega zdravnika*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje; 2016. p. 61–75.
14. Nacionalni inštitut za javno zdravje. Priloga 1: Samomor – podatki 2025 (Internet). Dostopno na: <https://nijz.si/wp-content/uploads/2025/09/Priloga-1-NIJZ-samomor-podatki-2025.pdf> (citirano 2026-01-31).
15. Grassi L, Zachariae R, Caruso R, et al. Insomnia in adult patients with cancer: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open.* 2023;8(6):102047.
16. Portela Millinger F, Fellingner M. Clinical characteristics and treatment of delirium in palliative care settings. *Memo.* 2021;14:48–52.
17. Bush SH, Lawlor PG, Ryan K, et al. Delirium in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2018;29(Suppl 4):iv143–65.
18. Ramirez Echeverra ML, Schoo C. Delirium. In: *StatPearls* (Internet). Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 (citirano 2026-05-04). Dostopno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/>
19. Sadlonova M, Duque L, Smith D, Madva EN, Amonoo HL, Vogelsang J, et al. Pharmacologic treatment of delirium symptoms: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry.* 2022;79:60–75.