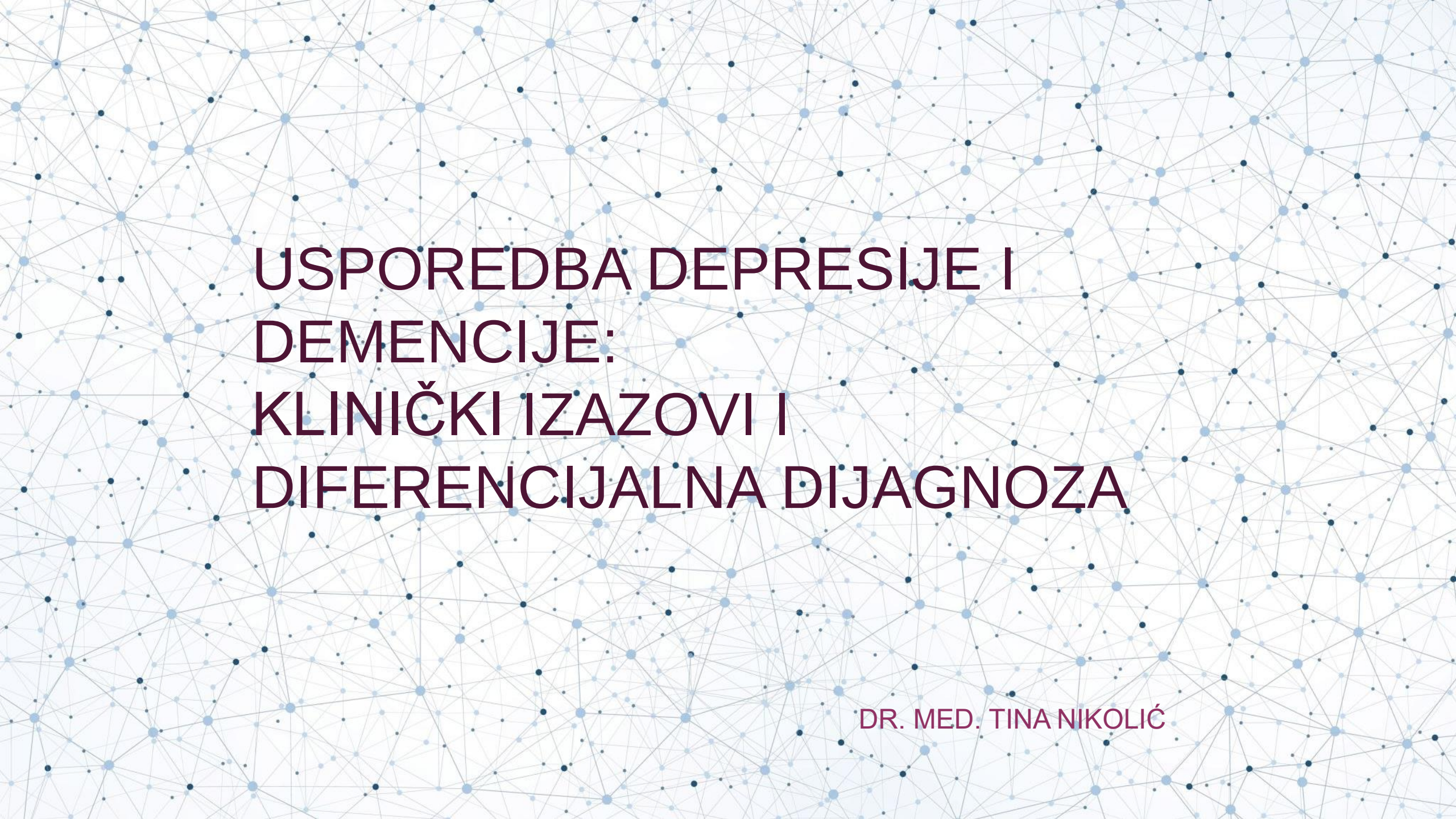


The background of the slide is a complex network of thin, light blue lines connecting numerous small, semi-transparent blue and black dots, creating a web-like or molecular structure.

USPOREDBA DEPRESIJE I DEMENCIJE: KLINIČKI IZAZOVI I DIFERENCIJALNA DIJAGNOZA

DR. MED. TINA NIKOLIĆ

UVOD

- **Problem preklapanja:** Depresija i demencija često dijele slične simptome poput zaboravnosti, apatije, povlačenja iz društva i smanjene koncentracije.
- **Epidemiološki kontekst:** Obje bolesti izrazito su učestale u starijoj životnoj dobi, što znatno otežava brzu dijagnostiku.
- **Rizik od pogrešne dijagnoze:** Neliječena depresija može imitirati demenciju (pseudodemencija), dok rana faza demencije često započinje depresivnom epizodom.
- **Cilj prezentacije:** Jasno razgraničiti simptomatologiju, tijek, dijagnostičke metode i terapijske pristupe.

DEFINICIJA I GLAVNE ZNAČAJKE DEPRESIJE

- **Vrsta poremećaja:** Depresija je primarno poremećaj raspoloženja (psihijatrijski poremećaj). Karakterizira ga poremećeno emocionalno stanje koje utječe na ponašanje osobe, kao i na njezino kognitivno, psihomotorno, socijalno te radno funkcioniranje.
- **Reverzibilnost:** Potpuno ili u velikoj mjeri reverzibilno stanje uz adekvatnu terapiju.
- **Glavni simptomi:** Trajno nisko raspoloženje, anhedonija (gubitak užitka), poremećaji sna, apetita, osjećaj krivnje/bezvrijednosti i pad energije.
- **Kognitivni utjecaj:** Kognitivne poteškoće nastaju sekundarno zbog pada motivacije, pažnje i brzine obrade informacija.

KLASIFIKACIJA DEPRESIJE

Prva depresivna epizoda (F32)

- F32.0 – blaga depresivna epizoda
- F32.1 – umjereno teška depresivna epizoda
- F32.2 – teška depresivna epizoda bez psihotičnih simptoma
- F32.3 – teška depresivna epizoda sa psihotičnim simptomima

Povratni depresivni poremećaj (F33)

- F33.0 – blagi depresivni poremećaj
- F33.1 – umjereno teški depresivni poremećaj
- F33.2. – teški depresivni poremećaj bez psihotičnih simptoma
- F33.3 – teški depresivni poremećaj sa psihotičnim simptomima

PRVA DEPRESIVNA EPIZODA

- Sniženo raspoloženje i gubitak interesa za svakodnevne aktivnosti
- Osjećaj niže vrijednosti, beznada i očaja, anksioznost i napadi panike
- Psihomotorički usporenost i nemogućnost obavljanja uobičajenih dnevnih aktivnosti
- Mišljenje usporeno s dugim pauzama, oskudnih asocijacija
- Smanjena je mogućnost koncentriranja, kao i donošenje odluka
- Postoji hipertenacitet za depresivne sadržaje, a događaji iz prošlosti često se negativno interpretiraju
- Pad životnih dinamizama, povećana ovisnost o drugima
- Sniženi nagoni, prisutnost suicidalnih misli



POVRATNI DEPRESIVNI POREMEĆAJ

- Ponavljajuće epizode depresije uz izostanak maničnih epizoda
- Obuhvaća depresivne reakcije, reaktivne depresije sezonskoga tipa te psihogene depresije
- Epizode mogu trajati od nekoliko mjeseci do 2 godine, s prosjekom oko 6 mjeseci te mogu spontano regredirati
- Sezonska depresija – pojavljuje se u jesen i zimu, a nestaje u proljeće i ljeto, češća kod žena, atipični simptomi (povećan apetit, spavanje), pogoršanje stanja u kasnim popodnevnim satima

DEFINICIJA I GLAVNE ZNAČAJKE DEMENCIJE

- **Vrsta poremećaja:** Demencija je progresivni neurodegenerativni sindrom (neurološki poremećaj). To je kronični poremećaj intelektualnih funkcija i drugih kognitivnih vještina koji je takav da onemogućuje normalno dnevno funkcioniranje osobe u društvenoj zajednici.
- **Ireverzibilnost:** Ireverzibilno oštećenje moždanog tkiva (npr. U Alzheimerovoj bolesti).
- **Glavni simptomi:** Postupno propadanje pamćenja, izvršnih funkcija, prostorne i vremenske orijentacije, govora i kognitivne procjene.
- **Etiološki uzrok:** Strukturne promjene u mozgu (gubitak neurona, sinapsi i nakupljanje patoloških proteina).



KLASIFIKACIJA DEMENCIJE

- Alzheimerova (F00) – najčešća, 50 do 60%
- vaskularna (F01) – do 20%, vaskularna i Alzheimerova često koegzistiraju
- demencija u sklopu neurološkog oboljenja (Parkinson F02.3, Huntington F02.2) – 5%
- reverzibilni uzroci (rijetko): učinak lijekova, hipotireoidizam, u sklopu depresije – 1%
- ostali uzroci: ozljede glave, zlouporaba supstanci, AIDS, infekcije CNS-a

ETIOLOGIJA I NEUROBIOLOŠKA PODLOGA

DEPRESIJA

- Funkcionalna deregulacija neurotransmitera (serotonin, noradrenalin, dopamin).
- Snažan utjecaj psihosocijalnih stresora, trauma i individualne vulnerabilnosti.

DEMENCIJA

- Neurodegeneracija (senilni plakovi, neurofibrilarni čvorovi kod Alzheimerove bolesti).
- Vaskularna oštećenja mozga, Lewyjeva tjelešca ili frontotemporalna degeneracija.

POČETAK I TIJEK BOLESTI

DEPRESIJA

- Često nagao ili dobro definiran (tjedni ili mjeseci). Pacijent ili obitelj mogu točno navesti kada su smetnje počele.
- Epizodičan tijek s razdobljima remisije uz liječenje.

DEMENCIJA

- Podmukao, nejasan i izrazito spor početak (mjeseci ili godine).
- Progresivan i kontinuiran pad funkcija bez remisije.

KOGNITIVNE FUNKCIJE: PAMĆENJE I PAŽNJA

DEPRESIJA

- Pacijenti se izrazito žale na zaboravnost ("Ne mogu se ničega sjetiti").
- Oštećenje je povezano s nepažnjom i psihomotornim usporenjem.
- Pamćenje se popravlja uz poticaj i uklanjanje vremenskog pritiska.

DEMENCIJA

- Pacijent često nije svjestan gubitka pamćenja, negira takvu problematiku.
- Rano oštećenje kratkoročnog pamćenja (nemogućnost usvajanja novih informacija).
- Poticaji i tragovi ne pomažu znatno u dosjećanju novih događaja.

PONAŠANJE TIJEKOM ISPITIVANJA ANAMNEZE

DEPRESIJA

- Često odgovara sa "Ne znam" ili odustaje bez ulaganja truda.
- Prisutna je izražena samokritičnost, zabrinutost i frustracija zbog uočenih nedostataka.
- Očuvana svijest o bolesti – visoka razina svjesnosti o vlastitim emocijama i funkcionalnim poteškoćama.
- Subjektivni doživljaj kognitivnog pada često je teži od objektivno izmjereneog.

DEMENCIJA

- Pokušava odgovoriti, al davao približne ili potpuno pogrešne odgovore (konfabulacije).
- Pokušava prikriti nedostatke ili se oslanja na obitelj da odgovori umjesto njega.
- Anosognozija – oslabljena ili potpuno odsutna svijest o vlastitom oboljenju i deficitima.
- Pacijent tvrdi da je sve u redu unatoč značajnim ispadima u svakodnevnom životu.

SVAKODNEVNO FUNKCIONIRANJE I SAMOSTALNOST

DEPRESIJA

- Nesposobnost obavljanja aktivnosti nastaje zbog pomanjkanja volje, motiva i energije.
- Bazične osobne navike mogu biti zanemarene, ali same vještine izvođenja ostaju sačuvane.

DEMENCIJA

- Postupni i stvarni gubitak kompleksnih vještina (vožnja, financije, kuhanje).
- U uznapredovaloj fazi gube se i bazične vještine (oblačenje, hranjenje, osobna higijena).

EMOCIONALNI I AFEKTIVNI PROFIL

DEPRESIJA

- Dominiraju osjećaj duboke tuge, beznađa, krivnje, anksioznosti i suicidalne misli.
- Dnevno kolebanje raspoloženja (simptomi su često izraženiji ujutro).

DEMENCIJA

- Dominiraju apatija, dezinhibicija ili nagle promjene raspoloženja.
- Emocionalni odgovori često su plitki ili nesrazmjerni situaciji – uznemirenost, čuđenje, odbojnost i agresija, poremećaj spavanja, katastrofične reakcije, inkontinencija, agitacija, anksioznost, deluzije.

MOTORIKA I BIHEVIORALNI SIMPTOMI

DEPRESIJA

- Psihomotorička usporenost (bradipsihizam) ili agitacija s nemirom.
- Značajne promjene u apetitu i spavanju (nesanica ili hipersomnija).

DEMENCIJA

- U ranim fazama motorika je obično uredna; kasnije se javljaju apraksija, gubici ravnoteže i lutanje (wandering).
- Česte noćne konfuzije i nemir u sumrak (sundowning efekt).

DIJAGNOSTIKA DEPRESIJE

- Klinički intervju osnovna je metoda za dijagnosticiranje depresije, uz heteroanamnestičke podatke bolesnikovih bliskih osoba.
- Prilikom dijagnostičke procjene potrebno je utvrditi postojanje simptoma i odrediti težinu depresivne epizode (blaga, srednja ili teška epizoda).
- Za postavljanje dijagnoze depresivne epizode potrebna su 2 tipična i 2 atipična simptoma u trajanju minimalno 2 tjedna.

DIJAGNOSTIKA DEPRESIJE

Tipični simptomi

- 1) Depresivno raspoloženje
- 2) Gubitak interesa i zadovoljstva
- 3) Povećan umor i smanjenje energije

Atipični simptomi

- 1) Smanjenje pažnje i koncentracije
- 2) Smanjeno samopouzdanje
- 3) Smanjen apetit
- 4) Pesimistično razmišljanje
- 5) Poremećaji sna
- 6) Ideje bezvrijednosti i krivnje
- 7) Samoozljeđivanje, suicidalne misli

DIJAGNOSTIKA DEMENCIJE

- Multipli kognitivni deficiti koji se manifestiraju:
 - 1) 1. Slabljenjem pamćenja
 - 2) 2. Nešto od sljedećeg: afazija, apraksija, agnozija, poremećaj izvršnog funkcioniranja – značajno pogoršanje u socijalnom i radnom kontaktu – gubitak radne sposobnosti – postepeni nastanak i kontinuirano kognitivno propadanje
- Moramo dokazati da poremećaji nisu uzrokovani drugim bolestima:
- Kao npr. bolestima CNS-a ili drugim poremećajima koji izazivaju progresivni gubitak pamćenja i kognitivnih funkcija sistemskim bolestima koje dovode do demencije (hipotireoza, manjak folne kiseline, vit. B12, niacina, hiperkalcijemija, HIV)

DIJAGNOSTIKA DEMENCIJE

- Ciljani fizikalni pregled
- Laboratorijske pretrage: KKS, TSH, elektroliti, renalna funkcija, GUK, folati, vitamin B12, VDRL
- CT ili MRI u slučajevima radi isključenja tumora, infarkta, subduralnog hematoma i normotenzivnog hidrocefalusa

DEPRESIVNA PSEUDODEMENCIJA

- **Definicija:** Stanje u kojem teška depresivna epizoda kod starijih osoba klinički imitira demenciju.
- **Glavna značajka:** Brži nastanak kognitivnih smetnji nego kod prave demencije.
- Pacijent previše naglašava svoje kognitivne nedostatke.
- **Klinički značaj:** Pravovremenom primjenom antidepresiva i psihoterapije kognitivne smetnje se u potpunosti povlače.

PREKLAPANJE I KOMORBIDITET

- **Depresija u demenciji:** Oko 30% do 50% osoba s demencijom razvije depresivne simptome, osobito u ranoj fazi.
- **Uzroci komorbiditeta:**
 - Reakcija pacijenta na spoznaju o gubitku vlastitih sposobnosti.
 - Direktna neurobiološka oštećenja moždanih krugova odgovornih za raspoloženje.
- **Izazov u praksi:** Depresija ubrzava funkcionalni pad kod pacijenata s demencijom i zahtijeva zasebno liječenje.

DIJAGNOSTIČKI POSTUPCI I EVALUACIJA

- **Anamneza i heteroanamneza:** Detaljan razgovor s obitelji o brzini nastanka i svakodnevnom funkcioniranju.
- **Skale raspoloženja:** Gerijatrijska skala depresije (GDS), Cornellova skala za depresiju u demenciji (CSDD).
- **Kognitivno testiranje:** MMSE (Mini-Mental State Examination), MoCA (Montreal Cognitive Assessment).
- **Slikovne i laboratorijske pretrage:** MRI/CT mozga (za uvid u atrofiju), hormoni štitnjače, vitamin B12, folna kiselina.

SAŽETI PRIKAZ USPOREDBE

Parametar	Depresija	Demencija
Početak	Nagao / Poznat datum	Spor / Podmukao
Tijek	Epizodičan / Liječiv	Progresivan / Ireverzibilan
Svijest o bolesti	Izražena (zabrinutost)	Oslabljena ili odsutna
Odgovor na testu	"Ne znam" / Odustajanje	Konfabulacije / Pogreške
Glavni deficit	Raspoloženje i volja	Pamćenje i orijentacija

TERAPIJSKI PRISTUP – LIJEČENJE DEPRESIJE

- **Farmakoterapija:**

- Antidepresivi novije generacije (SSRI, SNRI) uz pažljivo doziranje kod starijih pacijenata.
- Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina (SIPPS) najčešće se propisuju kao lijek prvog izbora zbog manje nuspojava (npr. Escitalopram, Fluoksetin, Paroksetin itd.)
- Pri odabiru terapije treba voditi računa o simptomima koji prevladavaju u kliničkoj slici, komorbiditetima, ostaloj terapiji koju bolesnik uzima i kliničkom iskustvu sa sličnim skupinama pacijenata.
- Titracija do pune doze postiže se kroz 1-4 tjedna i varira u odnosu na dob bolesnika, prisutnost komorbiditeta, odgovor na liječenje te prisutnosti nuspojava.

- **Psihoterapijske metode:**

- Kognitivno-bihevioralna terapija (KBT) i podržavajuća interpersonalna psihoterapija.

- **Nefarmakološke mjere:**

- Fizička aktivnost, socijalna reintegracija i uspostavljanje dnevne strukture.

TERAPIJSKI PRISTUP KOD DEMENCIJE

- **Farmakoterapija:**

- Inhibitori acetilkolinesteraze (donepezil npr. Aricept, rivastigmin, galantamin) slab učinak na kogniciju, nešto bolje na bihevioralne simptome; kod blagog oblika
- Memantin aktivira NMDA receptore u mozgu, kod umjernog i teškog oblika. Poboljšava pamćenje i dnevne aktivnosti. Smanjuje strah i anksioznost. U početku se daje niža doza.
- Izbjegavati: benzodijazepine, antikolinergike (npr. neke TCA), antihistaminike, antipsihotike.
- Ne mogu izliječiti bolest, samo usporiti napredovanje.

- **Nefarmakološke intervencije:**

- Kognitivna stimulacija, KBT, radna terapija, muzikoterapija.

- **Prilagodba okruženja:**

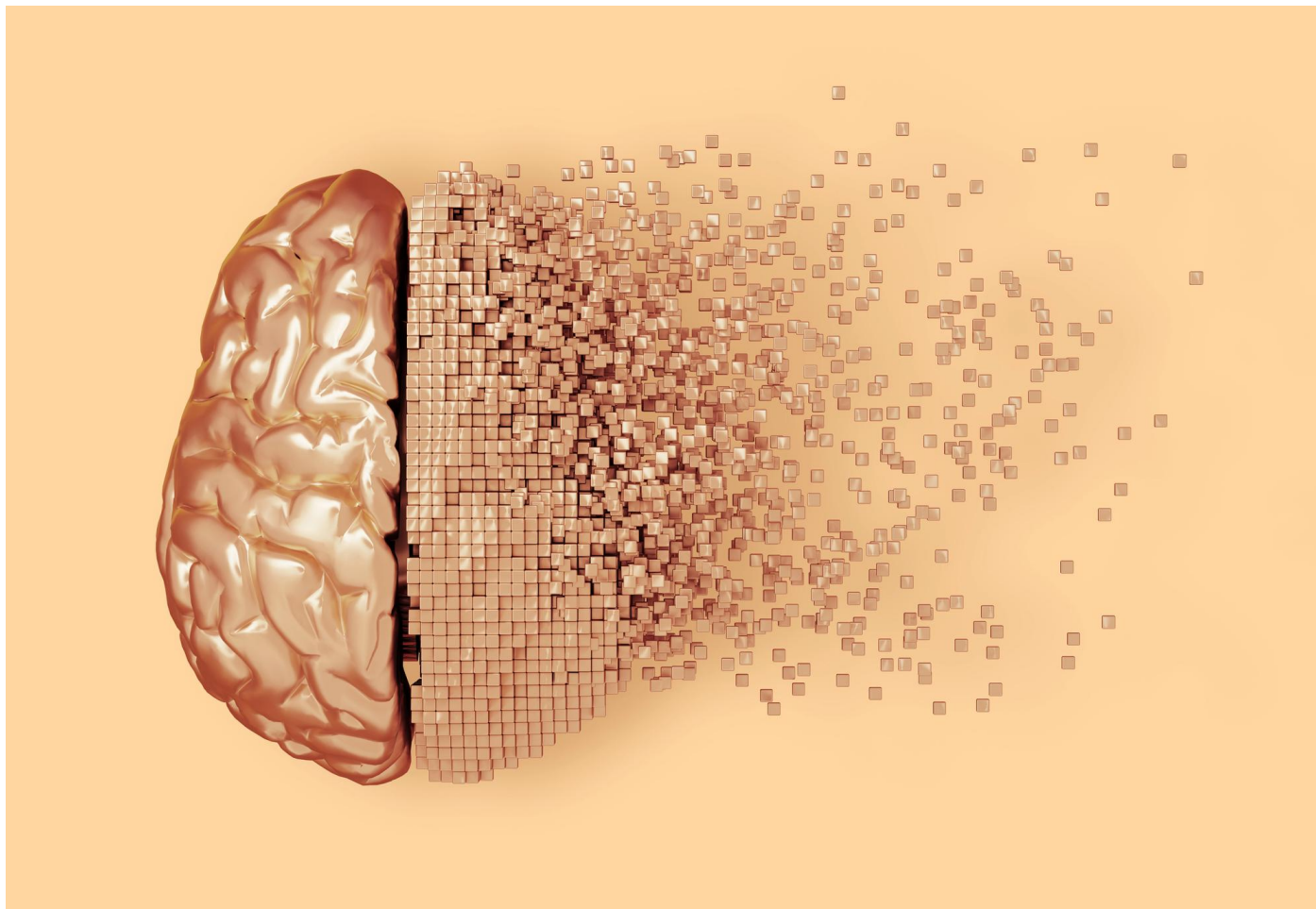
- Osiguravanje sigurnog doma radi sprječavanja ozljeda, pada i dezorijentacije.

ULOGA OBITELJI I PODRŠKA NJEGOVATELJIMA

- **Edukacija obitelji:**
- Razumijevanje prirode obje bolesti smanjuje frustraciju i poboljšava kvalitetu skrbi.
- **Sindrom sagorijevanja** (Caregiver Burnout):
- Njegovatelji osoba s demencijom i depresijom izloženi su iznimno visokom psihofizičkom stresu.
- **Sustavi podrške:**
- Uključivanje u udruge oboljelih i savjetovališta.

ZAKLJUČAK I KLJUČNE PORUKE

- **Diferencijalna dijagnoza je ključ:** Točno razlikovanje depresije i demencije izravno određuje terapiju i prognozu.
- **Depresija je liječiva:** Kognitivni pad uzrokovan depresijom može se u potpunosti povući pravovremenom reakcijom.
- **Rano prepoznavanje demencije:** Omogućuje bolju pripremu pacijenta i obitelji, te primjenu terapije koja usporava pad kognitivnih funkcija.
- **Holistički pristup:** Liječenje mora obuhvatiti medicinsku, psihološku i socijalnu podršku pacijentu i obitelji.



HVALA VAM NA PAŽNJI!