

# DIJAGNOSTIČKA DILEMA – DEMENCIJA, PSIHOZA ILI NEŠTO TREĆE?

MARTA SKELIN<sup>1</sup>, Aljoša Ugrin<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Klinika za psihijatriju Vrapče, Zagreb, Hrvatska

<sup>2</sup> Opća bolnica Koprivnica, Koprivnica, Hrvatska

## UVOD

Postavljanje pravilne dijagnoze, pogotovo u psihijatriji, može biti vrlo izazovno. Ovome pridonosi činjenica da je o mozgu još puno toga nepoznato, kao i kliničko iskustvo da različiti psihološki i psihijatrijski poremećaji pokazuju slične simptome. Zato je u psihijatriji uz dostupne preglede i kliničku opservaciju pacijenta, za postavljanje dijagnoze, potrebno vrijeme.

Demencija je svaki pad kognitivnih sposobnosti koji je dovoljno značajan da ometa neovisno, svakodnevno funkcioniranje, a demenciju je najbolje okarakterizirati kao sindrom, a ne jednu bolest. Uzroci demencije su bezbrojni i uključuju primarna neurološka, neuropsihijatrijska i zdravstvena stanja. Uobičajeno je da više bolesti pridonosi sindromu demencije bilo kojeg pacijenta.

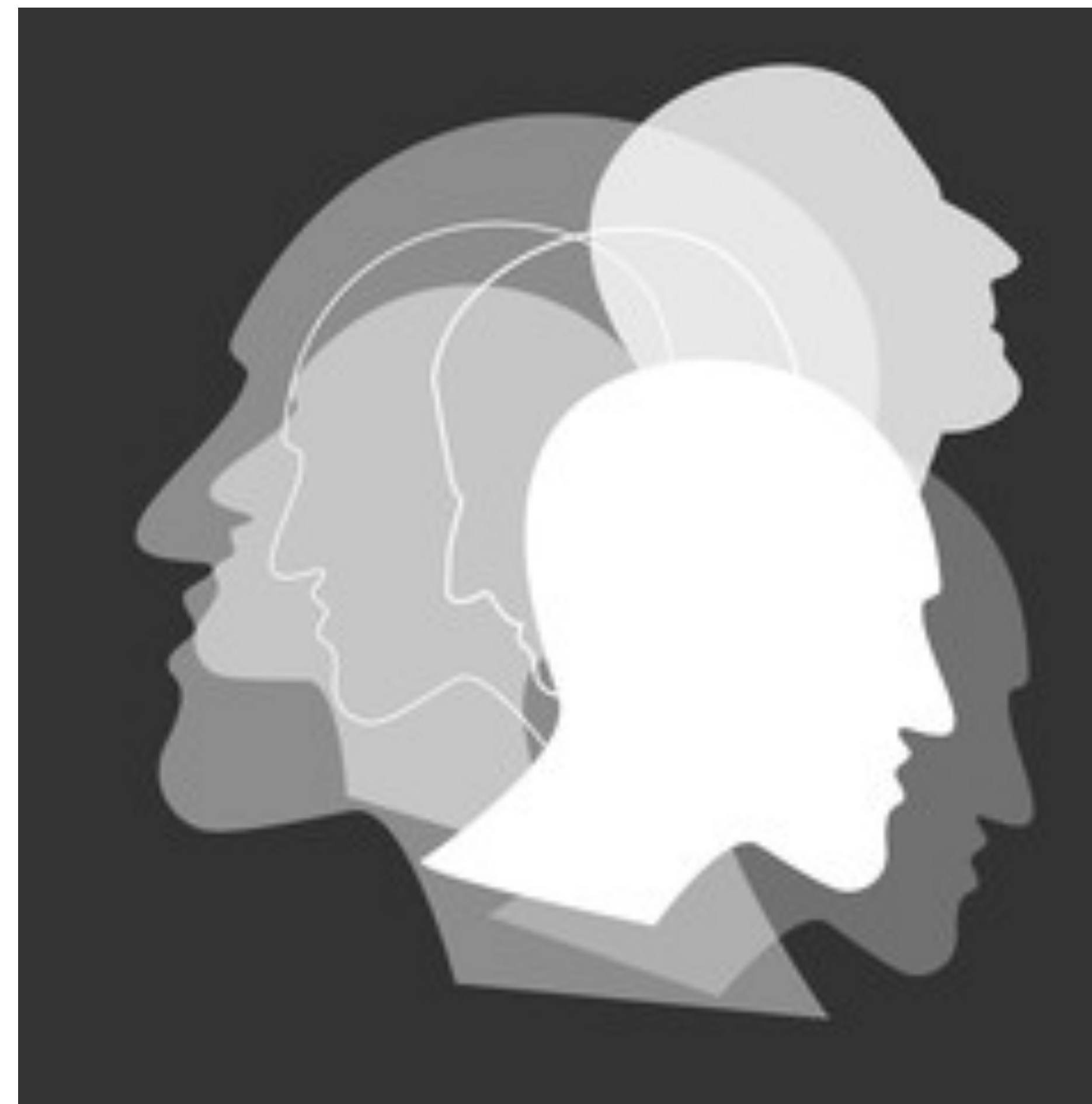
Demencija koja nastupi prije 65 godine, obično se klasificira kao demencija s ranim početkom. Ovakvi, rano nastali oblici bolesti čine samo 5,5% svih slučajeva Alzheimerove demencije, koja je najčešća demencija pa su često zanemareni. Uz kognitivnu deterioraciju, simptomi su gubitak pamćenja i zbunjenost, nemogućnost učenja novih stvari, poteškoće s jezikom i problemi s čitanjem, pisanjem te radom s brojevima. Javljaju se i poteškoće u organiziranju misli i logičnog razmišljanja, skraćeni raspon pažnje i problemi u suočavanju s novim situacijama.

Bihevioralni i psihološki simptomi demencije (BPSD) uključuju agitaciju, agresiju, apatiju, depresiju, psihozu, dezinhibiciju, a mogu se javiti rano u AD, čak i prije početka demencije.

Kliničke poteškoće nastupaju jer može biti izazov razlikovati BPSD u demenciji od drugih mentalnih poremećaja, poput velikog depresivnog poremećaja ili psihotičnog poremećaja.

## REFERENCE

1. Li, X., Xiong, Z., Liu, Y. *et al.* Case report of first-episode psychotic symptoms in a patient with early-onset Alzheimer's disease. *BMC Psychiatry* 20, 128 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02537-9>
2. Wilson RS, Segawa E, Boyle PA, Anagnos SE, Hizek LP, Bennett DA. The natural history of cognitive decline in Alzheimer's disease. *Psychol Aging*. 2012;27(4):1008–17
3. Seth A. Gale, Diler Acar, Kirk R. Daffner, Dementia, *The American Journal of Medicine* (2018). <https://doi.org/>



## PREZENTACIJA SLUČAJA

56-ogodišnja pacijentica primljena je na liječenje u KP Vrapče pod suspektom dijagnozom vaskularnog kognitivnog poremećaja koji se prezentirao dezorganiziranim ponašanjem, dezorijentiranošću, smetnjama pamćenja. U psihičkom statusu bilježilo se da je psihomotorno usporena, sniženog raspoloženja, hipomimična, inkohrentnog duktusa, sa zaporima i suspektnim idejama krivnje. Kognitivno-mnemičke funkcije doimale su se značajno narušenim.

Heteroanamnestički se saznalo da je bolesnica dosta loše posljednja tri mjeseca, ima poteškoće spavanja, izgubljena je, zaboravlja. Vrijednosti vitamina B12, folne kiseline i hormona štitnjače bile su u granicama normale. Pacijentica duži niz godina pati od dijabetesa, koji je vrlo loše reguliran.

Učinjen je MSCT mozga čiji je nalaz, osim kalcifikata pinealne žlijezde, bio uredan.

Nakon učinjene cjelonoćne kompjuterizirane polisomnografije pacijentici je postavljena dijagnoza apnejičkog sindroma u spavanju težeg stupnja.

Zaključak psihologijske obrade donosi kako rezultati neurokognitivne obrade upućivali su na aktualno kognitivno funkcioniranje u razini velikog kognitivnog poremećaja - demencije, i to srazmjerno niskog broja bodova unutar kategorije.

## TIJEK LIJEČENJA

Tijekom boravka na odjelu pacijentica je redovito praćena, evaluirano je njezino stanje i pružen psihoterapijski suport, te se primjećuje da je u strahu, ogleda se oko sebe, azrogačenih očiju i osluškuje. Pacijentica je često bila na vratima, u želji da pobjegne, iako bi u razgovoru pristajala na liječenje, izražavajući da za njim ima potrebu. Uz navedene kliničke opservacije i slušne halucinacije na koje se pacijentica požalila po uspostavi dobrog terapijskog odnosa, kao i vrlo izražene zapore misli, postavljena je sumnja na psihotični regres. Kvetiapin, dotad propisan u hipnotičkim dozama, zamijenjen je flufenazinom te se kod pacijentice već nakon tjedan dana primjećuje znatno poboljšanje.

Po primjeni flufenazina pacijentica je uredno orijentirana i organiziranog ponašanja. Aspektom djeluje manje ustrašeno što i subjektivno potvrđuje, negira postojanje slušnih halucinacija, a blijeđe i ideje krivnje. Pacijentica se više nije ogledavala se oko sebe, prilagodila se boravku na odjelu. Boljeg je raspoloženja, zainteresirana za odjelne aktivnosti, veseli se šetnjama i čitanju knjiga, a u razgovoru prezentira formom uredan tok misli, bez zavora i bez psihotičnog sadržaja.

## ZAKLJUČAK

Kod pacijentice postiglo se znatno poboljšanje kliničke slike i psihičkog stanja upotrebom antipsihotika, u vidu elevacije raspoloženja, blijeđenja psihotične simptomatologije i poboljšanju kognitivno-mnemičkih funkcija. Ovo je doprinijelo orijentaciji, organiziranijem ponašanju te boljem pamćenju i kognitivnim funkcijama. Iako bi ovakav tijek liječenja mogao sugerirati isključenje dijagnoze demencije, potrebno je učiniti daljnju obradu, kako bi se sa sigurnošću diferencijalnodijagnostički utvrdilo je li kod pacijentice riječ bila o depresivnoj epizodi s psihotičnim simptomima, demenciji ili psihozi.

Predlažemo da dijagnoza srednjovječnih ili starijih bolesnika s bihevioralnim i psihološkim simptomima demencije treba uključivati detaljnu procjenu kognitivne funkcije, MRI mozga i PET i analizu mutacija gena povezanih s AD. Naravno, neizostavan je nastavak kliničkog praćenja pacijenta kako bi se zadovoljio ključni psihijatrijski element - vrijeme.