

Demanslı Hastanın Tanı ve Tedavisinde Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinin Yeri

Turan Ertan¹, Yusuf Sivrioğlu², Gülcan Bugay¹

¹İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Geropsikiyatri Bilim Dalı

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Geriatrik Psikiyatri Birimi

Özet

Demansiyel sendromlar yaşlı toplumda en sık görülen psikiyatrik sorunlardan biridir. Yaş arttıkça sıklığı artmakta ve özellikle diğer tıbbi nedenlere sekonder gelişen demanslarda erken tanı ve tedavi yüz güldürücü sonuçlar verebilmektedir. Son yıllarda kullanıma giren asetilkolin esteraz inhibitörleri ve NMDA reseptör antagonistleri gibi ilaçlar özellikle demansların yaklaşık %50 kadarını oluşturan Alzheimer tipi demansların seyrini yavaşlatmakta ve hastaların günlük yaşam kalitesini artırmakta etkili olabilmektedir. Bu tip hastaların daha çok uzun yıllar evinde yaşayan hastalar olduğu ve hafif vakaları da kattığımızda 65 yaş üzerinde %25 dolayında sıklıkları olduğu göz önüne alındığında birinci basamak hekimlerinin bu hastaların tanınması ve takibinde çok önemli yeri olduğu açıktır. Bu yazıda birinci basamak hekimlerinin demanslı hastaya yaklaşımının öneminden yola çıkarak bu sendromların tanı ve tedavisinde gerekli olan pratik bilgiler ele alınmıştır.

Anahtar kelimeler: Demans, tanı, tedavi

Abstract

The Role of Primary Care Physicians in Diagnosis and Treatment of Dementia

Dementia is one of the most common psychiatric problems in elderly population. The prevalence of dementia increases with age and early diagnosis and treatment may be effective especially in dementia syndromes secondary to other medical problems. Recent developments in drug therapy, such as acetyl cholin esterase inhibitors and NMDA receptor antagonists, may also be effective in slowing down the disease progression and increasing quality of life especially in Alzheimer's Disease. Regarding the high prevalence of the disease, such as 25% in population over 65 years old including mild cases, and that care to dementia patients is mostly given at home, the role of primary care physician in diagnosis and follow up of patients is clearly important. In this paper we summarize important practical issues in diagnosis and treatment of dementia for primary care physicians.

Keywords: Dementia, diagnosis, treatment

Demansiyel sendromlar geriatrik psikiyatri pratiğinin en çok yer kaplayan alanlarından biridir. Bilindiği gibi yaş arttıkça demans sıklığı artmaktadır. 65 yaş üzerindeki toplumda demans insidansı %1, prevalansı ise ağır demans için %1,3-6,2 hafif demans için ise %2,6-20 arasındadır. 80 yaş üzerindeki bir kişinin ise demansa yakalanma riski %20 civarındadır (1). İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geropsikiyatri Bilim Dalı yataklı servisinde Kasım 1994- Kasım 1997 tarihleri arasında yata-

rak tedavi görmüş hastaların taburcu olma sırasındaki tanılarının dağılımı incelendiğinde %37,2'sinin demans tanısı aldığını görmekteyiz. Demansiyel sendromlar birinci basamak sağlık hizmeti alan yaşlı hastalarda sık rastlanılan bozukluklardır. 60 yaş üzerindeki birinci basamak sağlık hizmeti alan hastalardaki kognitif yıkım oranı %15,7 olarak saptanmıştır (2). Yine aynı çalışmada orta ve ileri düzeyde demansı olan hastaların sadece %25'inde demans tanısının hekimin kayıtlarında yer aldığı,

geriye kalan %75'inde ise bu sorunun hiçbir şekilde kayıtlarda yer almadığı saptanmıştır. 75 yaş ve üzerindeki birinci basamak hastalarında ise bu oran %43'e çıkmaktadır (3). Erken tanı ve tedavi, hem tedavi edilebilir nedenlere bağlı demansiyel sendromlarda kognitif yıkımın geri döndürülebilmesi hem de sık rastlanılan demans tipleri olan Alzheimer Hastalığı, vasküler demans gibi bozukluklarda kognitif yıkım sürecinin olabildiğince yavaşlatılabilmesi açısından önem taşımaktadır. Bu faktörler birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimlerin öncelikli olarak demans belirtilerini tanıyabilecek, sonrasında etiolojik açıdan değerlendirme yapabilecek ve gerektiğinde uzman yardımını önerebilecek düzeyde bilgi birikimine sahip olmalarını gerekli kılmaktadır. Bu hastaların en büyük sıklıkla ve öncelikle birinci basamak sağlık ekipleri ile karşı karşıya kaldığı da düşünüldüğünde konunun önemi daha belirgin olmaktadır.

Bu yazıda yukarıda görülme sıklığı nedeniyle önemini vurgulamaya çalıştığımız demansiyel sendromlara klinik tanı ve tedavi yaklaşımları açısından birinci basamak sağlık hizmetleri pratiğinde önem taşıyan bazı temel ilkeler özetlenmiştir.

Tanı

Kelime anlamı olarak akılın yitilmesini (dementia) ifade eden demans günümüzdeki bilimsel tanımı ile "nonspesifik organik nedene bağlı, sonradan edinilmiş entelektüel yıkım" halidir. Bu tanımda ön plana çıkan kavramlar tablonun organik nedene bağlı olması (yani depresyon başta olmak üzere bazı fonksiyonel psikiyatrik tabloların bir parçası olmaması), ayrıca premorbid dönemde hastanın entelektüel kapasitesinin eğitimi ile uyumlu olması ve hastalık sonucunda yıkıma uğramasıdır. Önemli bir diğer nokta da organik nedenin spesifik olmamasıdır. Zira kesinleştirilmiş herhangi bir organik sürecin içinde gelişen demansiyel tablolara sekonder demanslar adını vermekteyiz. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sınıflandırması DSM-IV'te demans 13 başlık altında toplanmaktadır (Tablo 1) (4).

Genel olarak bilindiği gibi tüm demanslar için-

Tablo 1. DSM-IV'e göre demansiyel sendromlar sınıflaması

- Erken başlangıçlı Alzheimer Tipi Demans (65 yaşından önce)
- Geç başlangıçlı Alzheimer Tipi Demans (65 yaş sonrasında)
- Vasküler Demans
- HIV Hastalığına Bağlı Demans
- Kafa Travmasına Bağlı Demans
- Parkinson Hastalığına Bağlı Demans
- Huntington Hastalığına Bağlı Demans
- Pick Hastalığına Bağlı Demans
- Creutzfeld-Jacob Hastalığına Bağlı Demans
- Diğer Tıbbi Nedenlere Bağlı Demans
- Madde Kullanımına Bağlı Demans
- Çoğul Etiyolojiye Bağlı Demans
- Başka Türü Adlandırılmayan Demans

de Alzheimer tipi demans %50 civarında bir oranda görülmektedir. Vasküler demans ise tüm demansların kabaca %15-20'sini oluşturmaktadır (5). Alzheimer tipi demans tanısı prensip olarak henüz bir klinik tanı düzeyinde kalmakta olup mevcut demansiyel tablonun klinik özelliklerinin değerlendirilmesi ve olası tüm nedenlerinin araştırılıp saptanamaması halinde varılan bir tanıdır. Vasküler demans tanısı ise görüntüleme yöntemleri ile serebrovasküler olaylara bağlı lezyonların kesin olarak saptanmasını şart koşar. Tıbbi nedene bağlı demanslar içinde en başta tiroid fonksiyon bozuklukları, B₁₂ vitamini ve folat eksikliği, elektrolit denge bozuklukları, ağır kronik anemiler gelmektedir. Tablo 2'de demansiyel tablolara yol açabilecek spesifik tıbbi hastalıklar özetlenmiştir.

Demans tiplerinin klinik özellikleri ve ayırıcı tanısı başlı başına geniş bir konu olduğundan, ayırıcı tanı ile ilgili temel bilgileri içeren bir tablo vermekle birlikte (Tablo 3), bu yazıda pratisyen hekimlere yönlendirici olması amacıyla, sadece bir demanslı hasta ile karşılaşıldığında yürütülmesi gereken strateji özetlenmiştir.

Klinik yaklaşım

Kognitif (bilişsel) semptomlar

Bir demanslı hasta ile karşılaşıldığında öncelik-

Tablo 2. Demansiyel sendromlara yol açabilecek tıbbi hastalıklar

Dejeneratif

Alzheimer hastalığı
(erken ve geç başlangıçlı)
Parkinson hastalığı
Pick hastalığı
Huntington koresi

Vasküler

Multi infarkt demans
Karotis dağılımlı
Vertebrobaziler dağılımlı
Laküner
Stratejik yerleşimli geniş lezyonlar
Vasküler inflamatuvar hastalıklar

Toksik

Alkolik serebral atrofi
Kronik bromid, barbiturat intoksikasyonu
Metal intoksikasyonları
(Kurşun, cıva, manganez)
Organik maddeler (organofosfatlar vb.)
Karbonmonoksit

Metabolik

Hipotiroidizm
Tekrarlayan hipoglisemi
B₁₂, folik asit yetersizliği
Postanoksik ensefalopati
Kronik hepatik, portal-sistemik şant
ensefalopatisi
Wilson hastalığı
Üremi
Karsinomaların nonmetastatik etkisi
Mekanik
Travmatik serebral atrofi
Hidrocefali

Neoplastik

Meningioma
Glioma
Hipofiz tümörü
Metastatik tümörler

le yapılması gereken hasta yakınlarından ayrıntılı bir anamnez alınmasıdır. Burada önem verilmesi gereken noktalar hastalığın başlangıç şekli, yani ani mi yoksa sinsi bir şekilde mi başladığı, seyrinin nasıl olduğu, mevcut bir medikal hastalığın ya da kafa travması gibi bir olayın bu tabloya öncelik edip etmediğinin saptanmasıdır. Ayrıca hastalığın hastanın yaşamında ne gibi fonksiyon kayıplarına yol açtığı netleştirilmesi gerekir. Yakınma ve anamnez bilgisi açısından demans ön tanısına varıldıktan sonra ikinci aşamada yapılması gereken entelektüel yıkımın klinik olarak ve test materyalleri yardımıyla tespitidir. Bu amaçla en sık kullanılan pratik test Standardize Mini Mental Test'tir (SMMT) (6). Bu test aracılığı ile 10 dakika gibi kısa bir sürede hastanın kognitif fonksiyonları, çeşitli alanları tarayan 11 soru yardımı ile kabaca değerlendirilebilir. Bu aşamada önemli bir nokta, pratik olmakla birlikte, özünde oldukça kaba bir kognitif değerlendirme testi olan SMMT'nin tek başına tanı amacıyla olmaktan ziyade hastanın kognitif kaybının objektif olarak saptanması için kullanılabileceğidir. Testin

Türkçeye çevrilerek geçerlilik-güvenilirlik çalışmaları hem en az ilkokul mezunu olan hem de eğitimi olmayan gruplar için ayrı ayrı yapılmıştır (7,8,9). Kliniğin şüpheli olduğu, ancak bu test ile yıkım tespit edilemeyen vakalarda mutlak bu alanda deneyimli bir klinisyenin hastayı ileri tekniklerle değerlendirmesi gereklidir. Kognitif yıkımın saptanmasından sonra geçilmesi gereken aşama da demans ile depresyon başta olmak üzere psikoz gibi fonksiyonel bazı psikiyatrik bozuklukların ve deliryumun ayırıcı tanısının yapılmasıdır. Demans ile deliryumun ayırıcı tanısında, demansın aksine deliryum tablosunun başlangıcının ani olması, seyrinin fluktuasyon göstermesi ve deliryum tablosuna yol açan organik bir bozukluk varlığının tespiti önem taşımaktadır. Fonksiyonel psikiyatrik bozukluklar da zaman zaman demans ile karışabilecek klinik özellikler taşıyabilseler de, bu bozukluklarda hafıza çoğunlukla korunmuş, sanrılar demansa oranla daha sistemli ve kompleks, varsanılar büyük oranda işitseldir. Bundan sonra sıra etiyolojik araştırmaya gelir. Burada ayrıntılı bir nörolojik muayene

Tablo 3. Bazı demans tiplerinin önemli klinik ve inceleme yöntem özellikleri

	Klinik Özellikler	Önemli Laboratuvar İncelemeleri	Yorumlama
Alzheimer hastalığı	Sinsi başlangıç Progresif seyir Apraksi, afazi		Klinik seyir ve dışlama ile tanı
Vasküler demans	Ani başlangıç Merdivenvari gidiş İnme öyküsü Fokal nörolojik belirtiler	Kraniyal MRİ	Klinik seyir MRİ bulguları
Alkol demansı	Yakın amnezi Konfabülasyonlar	Karaciğer ve nörolojik inceleme bulguları	
Subkortikal demanslar (Parkinson ve Huntington hastalığı)	Ekstrapiramidal belirtiler Yavaşlama tarzında klinik tablo Konuşmanın ileri aşamaya kadar korunması		
Normal basınçlı hidrosefali	Ataksi, üriner inkontinans	BBT, MRİ	Şant yararlı olabilir
Endokrin bozukluklar	Endokrin bozukluğa bağlı klinik belirtiler	T3, T4, TSH, Kortizol vb.	Erken tanı seyri durdurabilir
Metabolik bozukluklar	Deliryum ile başlar		Erken tanı seyri durdurabilir

(özellikle geçirilmiş serebrovasküler hastalık [SVH], Parkinsonizm ve diğer ekstrapiramidal semptomların saptanması açısından) çok önemlidir. Gerekli laboratuvar incelemeleri, metabolik ve infeksiyöz nedenlerin araştırılması, kraniyal MRİ tetkiki (özellikle serebral infarktların ve sessiz yer kaplayan lezyonların tespiti açısından) ve EEG (özellikle deliryum, hepatik ensefalopati gibi tablolarda değerli bulgular vermesi nedeniyle) rutin olarak yapılmalıdır. Tüm bu incelemelerin sonucunda demansın varlığı ve tipi üzerine bir karara varıldıktan sonraki aşama hastalığın neden olabileceği bazı psikiyatrik komplikasyonların (çeşitli hezeyanlar, halüsinasyonlar, davranış ve uyku bozuklukları, depresyon vb.) saptanmasıdır.

Davranışsal ve psikolojik semptomlar (DDPS)

Alois Alzheimer'in ilk Alzheimer hastasını tanımladığı günden bu yana, demansın bilişsel semptom-

ları ve bu semptomların tedavisi ile ilgili pek çok araştırma yapılmıştır. Ancak, Esquirol'un 1938 ve Alois Alzheimer'in 1906'da demans hastalarını tanımlarken, demansın semptomları arasında saydıkları davranışsal ve psikolojik belirtiler ise ne yazık ki son yıllara dek göz ardı edilmiştir. Uluslararası Geriatrik Psikiyatri Birliği, 1996 yılında düzenlediği bir uzlaşma konferansında bu önemli belirti grubunu Demansın Davranışsal ve Psikolojik Semptomları (DDPS) olarak tanımlamaya karar vermiştir. Algı, düşünce içeriği, duygudurumu ve davranış alanlarındaki belirtileri kapsayan bu semptom grubunun demansın seyri boyunca hastaların %80-90'ında görüldüğü bilinmektedir (10,11). Hezeyan, varsanı, depresyon ve iritabilite gibi semptomların bakım verende külfet artışı, yeti yitimi artışı ve bilişsel yetilerde daha hızlı yıkılma ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (12,13). DDPS hastalığın herhangi bir döneminde ortaya çıkmakla kalmaz, demans seyri içinde süregelen hal alabilir (14,15). Türk Alzheimer has-

talarında en sık görülen davranışsal ve psikolojik semptomlar Tablo 5'te gösterilmiştir (16).

Bu yazıda demanslı hastalarda sık görülen bazı davranışsal ve psikolojik semptomlar olan varsanılar, sanrılar, yanlış tanımlamalar ve depresyon açıklanacaktır. Bu semptomlar dışında anksiyete, ajitasyon, öfke kontrol sorunları, insomnia ve diüurnal ritim bozuklukları da rastlanabilecek olan diğer davranışsal ve psikolojik semptomlardır.

Varsanılar

Varsanı (halüsinasyon), dış uyaran olmadığı halde, gerçek bir uyarının inandırıcılığını taşıyan algı olarak tanımlanır (17). Varsanı, beş duyu alanında da ortaya çıkabilir. Demansiyel sendromlar içinde sık görülen bir belirtidir. Tüm demanslar içinde sıklığı %15-49 arasındadır (18). Alzheimer hastalarının %15'inde görsel, %12'sinde işitsel varsanılar olduğu bildirilmiştir (19). Diğer varsanı tipleri daha nadir görülür. Tat ve dokunma varsanılarının varlığı demansla eş zamanlı bir başka bozukluğun göstergesi olabilir (20). Görsel varsanıların yoğun görüldüğü bir demans tipi "Lewy Cisimciği Demansı"dır (LCD). Görülme sıklığı %80'e varabilir (21). LCD'de görsel varsanılar demansın erken döneminde, bazen bilişsel kayıptan önce ortaya çıkabilirler. Genellikle canlı, detaylı olarak tanımlanabilen, hareket veya eylem içeren varsanılar biçiminde (evde oynayan çocukların görülmesi gibi) görülürler. Varsanılar değerlendirirken hastalardaki görme ve işitme kayıplarının değerlendirilmesi ve mümkünse bunların düzeltilmesi önerilir. Varsanılar, bazen demansın ilk ve öncül bulgusu olarak görülebilirler.

Bu durumda demansın diğer belirtilerinin de araştırılması ve takip edilmesi erken tanıyı kolaylaştırıcaktır.

Sanrılar

Dış gerçeklerden yanlış çıkarsamalarla varılan gerçek dışı inançlardır. Tersine kanıtlar olduğu halde bu gerçek dışı inanç ısrar ve inatla korunur (17). Demanslı hastalarda üzerinde çalışılan grupta, kullanılan ölçek ve demansın evresine göre %10-73 oranında görülür (22). Varsanılarda olduğu gibi demansın orta ve ileri evrelerinde görülme sıklığı daha yüksektir. Demansın son evrelerinde ise daha nadir görülür. Demansta en sık görülen sanrı tipleri aşağıda sıralanmıştır:

Eşyalarının çalındığı sanrısı: Bilişsel kayıpla açıklanabilir. Eşyaların nereye konduğu hatırlanamadığı için bulunamaz ve çalındığı sonucuna varılır. Hatta eve yabancıların girdiği ve eşyalarını onların çaldığı sanrısına dönüşebilir.

Evin kendi evi olmadığı sanrısı: Yıllardır yaşamakta olduğu evinin aslında kendi evi olmadığına inanır. Yanlış tanımlama belirtileri grubunda da sınıflanabilir. Demansiyel süreçte yeni öğrenilenlerin eski bilgilere göre daha çabuk kaybedildiği bilinmektedir. Kimi zaman kişi halen yaşadığı evle ilgili bilgileri hatırlayamaz ve evini tanıyamaz. Ancak daha önce yaşadığı ev ile ilgili bilgi göreceli olarak daha sağlam durumda olabilir. Sonuç olarak kişi hatırladığı eski evine dönmek ister ve halen yaşadığı evi "kendi evi" olarak kabul etmez. Evden çıkıp gitme, eski evini bulma yönünde girişimleri olabilir.

Tablo 5. Türk Alzheimer hastalarında en sık görülen psikiyatrik semptomlar

Eşyaların çalınması	%45	Sözlü saldırganlık	%37
Anlamsız gezinme	%45	Diüurnal ritim bozukluğu	%35
Amaçsız aktivite	%44	Gelecekle ilgili anksiyete	%31
Ağlama	%40	Görsel varsanılar (halüsinasyonlar)	%29
Uygun olmayan aktivite	%39	Eş ya da bakıcının gerçek olmadığı hezeyanı	%27
Depresif duygudurum	%37	Ajitasyon	%27
Yalnız bırakılma korkusu	%37		

Eşi veya bakım vereninin, gerçek eşi veya bakım vereni olmadığı sanrısı: Bu sanrı da yanlış tanımlama belirtileri içinde sınıflanabilir. Eş veya bakım veren yabancı olarak algılanır. Evini tanımama durumunda olduğu gibi, eşlerin genç halleri hatırlanıyor ve güncel halleri tanınmıyor olabilir. Görsel agnoziler bu semptomu katkıda bulunabilir.

Terk edilme sanrıları: Demansın özellikle başlangıç döneminde hastalar bilişsel yetilerini kaybettiklerinin farkındadırlar. Giderek başkalarına bağımlı hale geldiklerini fark ederler ve hastalığın ilerleyen dönemlerinde bile “yük” olduklarına dair bir miktar iç-görüye sahiptirler. Bu durum terk edileceği, bakımevine verileceği gibi kaygılara ve giderek inanışlara dönüşebilir.

Sadakatsizlik sanrıları: Bazen hastalar eşlerinin sadakatsiz olduğuna, başkalarıyla (cinsel veya başka boyutta) ilişkilerinin olduğuna inanırlar. Yüzleri tanıma ve yakınlarını hatırlamadaki güçlükler bu duruma kısmen katkıda bulunur. Ziyarete gelen oğlunu tanımayan, bu tanımadığı kişinin eşiyle anlaşılmaz biçimde “samimi” olduğunu gören hastalarda bu tür bir sanrı gelişebilir.

Yanlış tanımlama

Yanlış tanımlama, algıdaki bir bozukluğa, sanrı düzeyinde bir inancın eşlik etmesi ile ortaya çıkan belirtiler grubudur. Varsanıllarda olduğu gibi bir algı bozukluğu söz konusudur. Bu algı bozukluğu yanlış bir inanış, yani sanrı ile açıklanmaya çalışılır. Başlıca 4 ana tipi vardır:

Evde başkalarının olduğu algısı: Hastalar, evde yaşayan insanları tanımakta güçlük çektiklerinden, yabancıların evde yaşadığına inanırlar.

Kişinin kendi görüntüsünü yanlış tanımlaması: Kişinin aynada kendi görüntüsünü yanlış tanımlaması olarak ortaya çıkar. Aynadaki görüntü ile konuşmaya çalışır.

Başkalarının yanlış tanımlanması: Hasta yakınlarını yanlış tanımlayabilir.

Televizyondaki görüntülerin yanlış tanımlanması: Televizyondaki kişilerin gerçekten orada olduğu, olayların gerçekten yaşanıyor olduğu yönünde bir yanlış tanımlamadır (23).

Depresyon

Depresyon ve demans arasında karmaşık bir ilişki vardır. Demans ve depresyon ayrı birer klinik durum olmalarına karşın sıklıkla birlikte görülürler. Depresyonu olan yaşlılarda, demans düzeyine varabilen bilişsel yıkım dikkati çeker (24). Bu bilişsel yıkım geri dönüşlüdür ve depresyonun tedavi edilmesiyle ortadan kalkar. Kiloh ve arkadaşları bu durumu “psödodemans” (yalancı demans) olarak adlandırmıştır (25), günümüzde ise “depresyonun demansiyel sendromu” olarak adlandırılmaktadır. Bu tabloda görülen bilişsel bozukluk demansa göre daha ani gelişir. Hem yakın hem uzak bellekte belirgin bozulma vardır ve demansta görülen agnozi ve apraksiler yoktur. Son yıllarda yapılan çalışmalar depresyonun demansiyel sendromunun aslında geri dönüşlü bir durum olmaktan çok demansın prodromal belirtisi olabileceğini de ortaya koymuştur. Tüm bu bilgilerin ışığında artık “ya demans ya depresyon” yaklaşımı yerini “depresyon mu? yoksa demans + depresyon mu?” sorusuna bırakmıştır (26). Alzheimer hastalığında depresif semptomların görülme sıklığının %0-87, depresif bozukluk sıklığının ise %0-86 arasında olduğu bildirilmiştir (22).

Demansın psikolojik semptomu olarak ortaya çıkan depresyonda depresif duygudurumu, anhedoni, kilo kaybı, uyku bozukluğu gibi tipik depresif belirtiler görülür. Ancak, demansa eşlik eden depresif bulguları değerlendirmek, lisan ve iletişim yeteneğinin azalmasına bağlı olarak güçleşir. Hastalar depresif semptomlarından daha az yakınırırlar (27). Apati, kilo kaybı, uyku bozukluğu ve ajitasyon, depresyon belirtisi olmanın dışında, demansın davranış belirtileri olarak da karşımıza çıkmaya başlar. Orta ve ağır şiddette demansı olan hastalarda afektif semptomlar ağırlık kazanır. Suçluluk duyguları, ümitsizlik, çaresizlik, neşesizlik ve duygudurumuyla uyumlu sanrılar depresyonun işareti olabilir. Demansta depresyonun tanısı için önemli gelişmelerden biri Olin ve arkadaşları tarafından Alzheimer hastalığında depresyon tanısı için tanı kriterlerinin hazırlanmış olmasıdır. Bu kriterlere göre “depresif duygudurumu”, “anhedoni”, “sosyal içe çekilme”,

“ağlama” ve “sosyal olaylar veya günlük aktivitelere yanıt olarak ortaya çıkan olumsuz duygudurumu veya zevk almanın azalması” belirtilerinden en az üçünün en az 2 hafta boyunca var olması depresyon tanısı koydurur (28). Sözü edilen semptomların demans hastalarında bilişsel yıkım ile birlikte görülmesi tipiktir. Ancak kimi kez bilişsel yıkım ortaya çıkmadan veya anlaşılır hale gelmeden kendilerini gösterebilirler. Bu semptomların, demansın belirtileri olabileceği düşünülmezse tanı gecikir.

Sonuç olarak, ilk kez geç yaşlarda ortaya çıkan varsanı, sanrı, yanlış tanımlamalar ve depresyonun demansın başlangıç bulguları olabileceği unutulmamalı ve bu bulgulara eşlik eden bilişsel yıkım mutlaka araştırılmalıdır.

Tedavi

Tedavi planlamasında belli başlı üç alan mevcuttur. Bunlardan ilki psikososyal ve davranışsal bazı önlem ve yönlendirilmelerin yapılmasıdır. Sadece bu kadarı dahi hasta ve ailenin birçok sorununun giderilmesinde yeterli olmaktadır. Bunlar içinde en başta geleni ailenin hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve doğal sonuçları üzerine aydınlatılmasıdır. Örneğin en basit öneri olarak sürekli söylenenleri ya da etrafında olup bitenleri unutan bir hastaya hatırlamasını kolaylaştırmak amacıyla zorlamalardan kaçınılması söylenmelidir. Zira aksi durumda hastanın anksiyetesi artacak ve sorunlar çoğalacaktır. Bir diğer basit öneri de eşya ve parasını sürekli bıraktığı yeri unuttuğundan kaybedip dolayısı ile etrafındakileri hırsızlıkla suçlayan bir hastaya sinirlenmenin hiçbir yararının olmayacağı tersine hastanın hezeyanlarını artıracığının açıklanmasıdır. Böyle bir durumda hastanın söz konusu eşyaları saklaması olası yerlerin saptanarak böyle bir durumda önce oralara bakılması ya da bir yedeğinin bulundurulup yerine konarak hastanın rahatlatılması çok daha yararlı ve sorun azaltıcı bir tutum olacaktır. Bu tür çevresel önlemlerle gereğinden fazla dozda psikiyatrik ilaç verilmesinden kaçınmak mümkün olabilir.

İkinci alan ise hastalığın saptanan etiyojisine yönelik medikasyonların yapılmasıdır. Metabolik

dengelerin düzeltilmesi, özellikle vasküler demansta hipertansiyon ataklarının önlenmesi, serebral perfüzyonun artırılmasına yönelik önlemler (aspirin 300 mg/gün, pirasetam 2400-4800 mg/gün, ginkgo glikozidleri 28,8 mg/gün) yararlı olabilir. Yakın geçmişte gündeme gelen asetilkolin esteraz inhibitörleri (Türkiye’de mevcut örnekleri donepezil 5-10 mg/gün, rivatigmin 3-12 mg/gün, galantamin 16-24 mg/g) Alzheimer hastalığının etiopatogenezinde en önemli rolü oynadığı düşünülen serebral asetilkolin düzeyinde düşmenin önlenmesi ve dolayısıyla hastalığın seyrinin yavaşlatılması açısından önemli katkılar sağlamaktadır. Bunların dışında kullanıma yeni giren bir diğer ilaç da bir NMDA reseptör antagonisti olan memantindir. Bu ilaç da özellikle orta ileri düzeydeki hastalara 10-20 mg/g dozunda uygulandığında hastaların bir kısmında klinik olarak belirgin etki gözlenebilmektedir. Demansiyel hastalara medikal yardımın yapılması gerektiği bir diğer alan da bu hastalıklarda ortaya çıkan davranışsal ve psikolojik semptomların tedavisidir. Bu sorunların tedavisi gerçekte nondemansiyel hastalara olan yaklaşımdan çok da farklı değildir. Bu açıdan dikkat edilmesi gereken en önemli nokta hastaların yaşı nedeniyle kullanılacak ilaç dozlarının düşük tutulması ve “düşük dozla başla, yavaş git” deyişi ile özetlenen yavaş doz yükseltimidir. Örneğin hezeyanlar ve ajitasyonlar için en sık kullanılan ilaçlar klasik antipsikotikler içinde haloperidol (1-2 mg/g), züklopentiksol (1-2 mg/g), ve atipik antipsikotikler risperidon (1-2 mg/g), olanzapin (2,5-5 mg/g), ketiapin (25-200 mg/g) ve klozapin (12,5-100 mg/g) olarak sıralanabilir. Yine depresyonun eşlik ettiği tablolarda antidepresanlar düşük dozlarda denenmeli, yeterli olmazsa artırılmalıdır. Bu iki ilaç grubu açısından dikkat edilmesi gereken nokta ise antikolinergik etkisi olan antidepresanların (trisiklik antidepresanlar gibi), yine antikolinergik etkisi olan antipsikotiklerin (tioridazin gibi) ve gençlerdekinin tersine nöroleptiklere ek olarak antikolinergik yan tedavilerin (biperiden gibi) bu hastalara uygulanmaması gerektiğidir. Zaten hem yaşa hem de hastalığın doğasına bağlı olarak kolinerjik rezervi düşük olan hastaya bir antikolinergik etkili ilacın

verilmesi tablonun antikolinergik deliryumu ile komplike olmasına, dolayısı ile sorunların artmasına yol açacaktır. Benzodiazepinler de, başta alprazolam gibi kısa etkili olmak üzere bu hastalarda gerek anksiyetenin giderilmesi gerekse uyku indüksiyonu açısından oldukça geniş kullanımı olan ilaç grubudur. Bugün için ülkemizde bulunan alprazolam, lorazepam, diazepam ve klonazepam bu hastalarda kognitif fonksiyonları geriletici özellikleri nedeniyle dikkatli olunmak koşulu ile zorunlu durumlarda kullanılabilir. Zopiklon da uyku indüksiyonu açısından başarıyla kullanılmaktadır.

Kaynaklar:

1. Sharma R, Gierl BL. Dementia. In: Faherty JA, Davis JM, Janicak PG, editors. *Psychiatry Diagnosis and Therapy*. Connecticut: Appleton and Lange, 1993, 235.
2. Callahan CM, Hendrie HC, Tierney WM. Documentation and evaluation of cognitive impairment in elderly primary care patients. *Ann Int Med* 1995, Mar 122 (6):422-9.
3. Boise L, Neal MB, Kaye J. Dementia assesment in primary care: results from a stludy in three managed care systems. *J Gerontol a Biol Sci Med Sci* 2004 Jun 59 (6):621-6.
4. Frances A, Pincus HA, First MB. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition (DSM IV)*. Washington: American Psychiatric Association, 1994, 133-56.
5. Livingston G. The Scale of the Problem. In: Burns A, Levy R. *Dementia*. Londra: Chapman Hall, 1994, 31.
6. Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975, 12, 189-198.
7. Güngen C. Standardize Mini Mental Testin Türk yaşlı popülasyonunda demansiyel sendromların tanınmasında eğitim düzeylerine göre geçerlilik ve güvenilirlik incelemesi *Uzmanlık Tezi*, İstanbul, 1999.
8. Güngen C, Ertan T, Eker E, Yaşar R, Engin F. Standardize Mini Mental Test'in Türk toplumunda hafif demans tanısında geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002, 13 (4):273-81.
9. Ertan T, Eker E, Güngen C, Engin F, Yaşar R, Kılıç G, Özel S. The standardized Mini Mental State Examination for illiterate Turkish elderly population: SMME-E. *Second International Symposium on Neuropsychological and neuropsychological assessment of mental and behavioral disorders*. Kirazlıyayla-Bursa, 22-24 August, 1999.
10. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, Fitzpatrick AL, Breitner J, DeKosky S. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. *JAMA* 2002, 288 (12):1475-83.
11. Tariot PN, Mack JL, Patterson MB, et al. *The Behavior Rating Scale for Dementia of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease. The Behavioral Pathology Committee of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease*. *Am J Psychiatry* 1995, 152 (9):1349-57.
12. Paulsen JS, Salmon DP, Thal LJ, et al. Incidence of and risk factors for hallucinations and delusions in patients with probable AD. *Neurology* 2000, 54 (10):1965-71.
13. Steele C, Rovner B, Chase GA, Folstein M. Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1990, 147 (8):1049-51.
14. Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA, Bravi D, Calvani M, Carta A. Longitudinal assessment of symptoms of depression, agitation, and psychosis in 181 patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1996, 153 (11):1438-43.
15. Haupt M, Kurz A, Janner M. A 2-year follow-up of behavioural and psychological symptoms in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2000, 11 (3):147-52.
16. Eker E, Ertan T. Behavioral and Psychological Signs and Symptoms in Turkish Alzheimer's Disease patients. In: Miyoshi H, editor. *Contemporary Psychiatry, Japonya: Springer Verlag*, 2001.
17. Arkonaç O. Açıklamalı psikiyatri sözlüğü. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 1999.
18. Finkel SI, Costa e Silva J, Cohen G, Miller S, Sartorius N. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int Psychogeriatr* 1996, 8 (Suppl 3):497-500.
19. Whitehouse PJ, Patterson MB, Strauss ME, et al. Hallucinations. *Int Psychogeriatr* 1996; 8 (Suppl 3):387-92.
20. Holroyd S. Hallucinations and delusions in Alzheimer's Disease. In: Frisoni G, ed. *Research and practice in Alzheimer's disease*. New York: Springer Publishing, 1998.
21. McKeith I, Fairbairn A, Perry R, Thompson P, Perry E. Neuroleptic sensitivity in patients with senile dementia of Lewy body type. *BMJ* 1992, 305 (6855):673-78.
22. Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989, 146 (5):577-87.
23. Luxenberg J, Tune L. Clinical issues. In: Brodaty H, editor. *BPSD Educational Pack: International Psychogeriatric Association*, 2000.
24. Abas MA, Sahakian BJ, Levy R. Neuropsychological deficits and CT scan changes in elderly depressives. *Psychol Med* 1990, 20 (3):507-20.
25. Kiloh L. Pseudo-dementia. *Acta Psychiatrica Scand* 1961, 26:336-51.
26. Katz IR. Diagnosis and treatment of depression in patients with Alzheimer's disease and other dementias. *J Clin Psychiatry* 1998, 59 (Suppl 9):38-44.
27. Mackenzie TB, Robiner WN, Knopman DS. Differences between patient and family assessments of depression in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989, 146 (9):1174-8.
28. Olin JT, Schneider LS, Katz IR, et al. Provisional diagnostic criteria for depression of Alzheimer disease. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002, 10 (2):125-8.