

Bölüm 38

DEMANSLI HASTAYA YAKLAŞIM

Seda TÜRKİLİ¹

GİRİŞ

Latince bir kelime olup “kişinin zihninin dışında olması” anlamına gelen demans terimi, kişinin bilinç durumunda bir değişiklik olmadan ortaya çıkan, bellek fonksiyonları, yürütücü işlevler, dil ve konuşma, soyut düşünme ve yargılama, hesaplama, motor bir defisit olmamasına rağmen motor beceri gerektiren işlerde önceden kazanılan düzeye göre gerileme gibi bilişsel fonksiyonların birçok alanını etkileyen, yavaş başlangıçlı, sinsi seyirli bir hastalıktır. Bu tablo, düşük entelektüel kapasite veya mental retardasyon gibi bir durumla daha iyi açıklanamaz çünkü bu gibi tablolar yaşamın çok daha erken dönemlerinde ortaya çıkar ve progresif bir gerileme göstermezler. Oysa demans, kişinin edindiği bilişsel düzeyde ilerleyici bir şekilde kaybın yaşanmasını ifade etmektedir. (1). Hastalık ilerledikçe eklenen yeni belirtiler ve artan yeti yitimi, kişinin sosyal, mesleki ve gündelik yaşamında sorunlar çıkarmaya başlar. Daha ileri evrelerde ağır bellek kusurları, problem çözme, soyut düşünme, yargılama gibi yetilerde bozulma ve eşlik eden çeşitli nöropsikiyatrik belirtiler kişinin gündelik yaşamsal faaliyetlerini yardımsız yapmasına engel olur, çeşitli güvenlik sorunları tabloya eklenir ve hastalar bir bakımverene bağımlı hale gelirler.

Epidemiyoloji

DSM-5'te “Yeğin Nörobilişsel Bozukluk” olarak adlandırılan demans bazı istisnai durumlar dışında bir ileri yaş hastalığıdır. Yavaş ve sinsi başlayan doğası nedeni ile her zaman başlangıç yaşını doğru tespit etmek mümkün olamamaktadır(2).

Yaşlanan nüfusla birlikte demans prevalansı artmaktadır. Farklı nüfus gruplarında demans prevalansları 65 yaş üstünde %5, 85 yaş üstünde %20-40, ayakta

¹ Öğr. Gör. Dr. ,Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri ABD., sedadeg@gmail.com

veya başkasına zarar verme, finansal kaynaklarını idare edememe, maddi istismara uğrama veya maddi konularda yakınlarını mağdur duruma düşürme gibi konularda sorunlar yaşayabilmektedir.

Ayrıca bu kişilerin ehliyetli araç kullanma, oy verme, vasiyet hazırlama, evlenme gibi kişinin karar verme ve ayırt etme yetisinin tam olmasının gerektiği durumlarda demansın yasal boyutu karşımıza çıkmaktadır. Bu gibi durumlarda, her bir hasta, mevcut nöropsikiyatrik durumu, hastalığının derecesi ve tıbbi komorbiditeleri ile bir bütün olarak ele alınmalı, ilgili uzman veya tam teşekküllü sağlık kurul raporu ile hasta ve duruma özel karar verilmelidir. Gerekğinde bu hastalara yasal danışman veya kayyum atanabileceği gibi, hasta tamamen vesayet altına da alınabilir.

SONUÇ

Gerek ülkemizde gerekse dünyada yaşlı nüfus her geçen gün artmaktadır ve buna paralel olarak yaşlılıkta sık görülen hastalıklar toplumu daha fazla etkilemektedir. Bu hastalıkların en önemlilerinden biri de demans sendromlarıdır. Demans yalnızca hastanın kendisini etkileyen bir durum olmayıp, ailesi ve bakımverenlerini de gerek maddi gerekse manevi yönden önemli ölçüde etkileyen, sadece tıbbi yönden değil, sosyal yönden de pek çok problemi beraberinde getiren bir sendromdur. Görülme sıklığı ve ölüm oranları, bakım maliyetleri ile bakıcılara ve topluma genel etkileri açısından önemli bir halk sağlığı sorunudur.

Tüm dünyada demansın birincil nedeni olan Alzheimer hastalığının henüz kesin bir tedavi yöntemi yoktur.

Halen demansa yönelik kullanılan tedavilerde amaç, bazı belirtilerin şiddetini azaltmak ve ilerleyişi yavaşlatmaktan öteye gidememektedir. Günümüz sağlık sistemi uygulamaları, yaşlıların mümkün olduğunca bağımsız ve toplum içinde yaşamalarına öncelik vermeyi hedeflemektedir. Bu nedenle yeni tedavi seçenekleri, bakım modelleri ve sosyal destek sistemlerinin geliştirilmesine ihtiyaç vardır ve bu konuda çalışmalar sürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Demans, Alzheimer, Yaşlılık

KAYNAKLAR

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. (2016). Kaplan&Sadock Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri. (Ali BOZKURT, Çev. Ed.). İstanbul, Güneş Tıp Kitabevleri
2. Green RC (1995) Alzheimers disease and other dementing disorders in adults. Clinical Neurology, RJ Joynt (Ed), Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, s.2-3, 16-21
3. Prince M, Bryce R, Albanese E, et al. The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. Alzheimers Dement 2013;9:63
4. Guvit H, Emre M, Tinaz S, Bilgic B, Hanagasi H, Sahin H, et al. The prevalence of dementia in

- an urban Turkish population. *Am J Alzheimers Dis Other Demen* 2008;23(1):67-76
5. Keskinoglu P, Giray H, Picakciefe M et al. The prevalence and risk factors of dementia in the elderly population in a low socio-economic region of Izmir, Turkey. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;43(1):93-100
 6. Arslantaş D, Ozbabalik D, Metintaş S et al. Prevalence of dementia and associated risk factors in Middle Anatolia, Turkey. *J Clin Neurosci* 2009; 16(11):1455-9
 7. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet* 2017; 390:2673.
 8. Amerikan Psikiyatri Birliği (2014). DSM-5 Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. (Ertuğrul KÖROĞLU, Çev. Ed.). İstanbul, HYB
 9. Cummings JL, Frank JC, Cherry D et al. Guidelines for managing Alzheimer's disease: part II. Treatment. *Am Fam Physic* 2002;65(12):2525-34
 10. Ismail Z, Rajji TK, Shulman KI. Brief cognitive screening instruments: an update. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010;25(2):111-20
 11. Lyketsos CG, Steinberg M, Tschanz JT, et al. Mental and behavioral disturbances in dementia: findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *Am J Psychiatry*. 2000;157:708-714
 12. Finkel SI. Behavioral and psychological symptoms of dementia: a current focus for clinicians, researchers, and caregivers. *J Clin Psychiatry*. 2001;62:3-6
 13. Lyketsos CG, Lopez O, Jones B, et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the Cardiovascular Health Study. *JAMA*. 2002;288:1475-1483
 14. Devshi R, Shaw S, Elliot-King J et al. Prevalence of behavioral and psychological symptoms of dementia in individuals with learning disabilities. *Diagnostics Basel*. 2015;5(4):564-76
 15. Small DH, Cappai R. Alois Alzheimer and Alzheimer's disease: a centennial perspective. *J Neurochem* 2006;99(3):708-10
 16. Antonsdottir IM, Smith J, Keltz M, Porsteinsson AP. Advancements in the treatment of agitation in Alzheimer's disease. *Expert Opin Pharmacother*. 2015;16(11):1649-56. <https://doi.org/10.1517/14656566.2015.1059422>
 17. Çınar N. Alzheimer hastalığında epidemiyoloji ve klinik bulgular. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics* 2012;5:1-6
 18. Grossman M. Frontotemporal dementia: a review. *J Int Neuropsychol Soc* 2002;8(4):566-83.
 19. Mesulam MM. Primary progressive aphasia: differentiation from Alzheimer's disease. *Ann Neurol* 1987;22(4):533-4
 20. Pohjasvaara T, Mantyla R, Salonen O. How complex interactions of ischemic brain infarcts, white matter lesions, and atrophy relate to post-stroke dementia. *Arch Neurol* 2000;57:1295-1300.
 21. Desmond DW, Moroney JT, Paik MC et al. Frequency and clinical determinants of dementia after ischemic stroke. *Neurology* 2000;54:1124-1131.
 22. Pohjasvaara T, Erkinjuntti T, Vataja R et al. Dementia three months after stroke. Baseline frequency and effect of different definitions of dementia in the Helsinki Stroke Aging Memory Study (SAM) cohort. *Stroke* 1997;28: 785-792
 23. Barba R, Martínez-Espinosa S, Rodríguez-García E et al. Poststroke dementia. Clinical features and risk factors. *Stroke* 2000;31:1494-1501.
 24. Moroney JT, Bagiella E, Desmond DW et al. Risk factors for incident dementia after stroke. Role of hypoxic and ischemic disorders. *Stroke* 1996;27: 1283-1289
 25. Karamustafaloğlu O. (2018). *Temel ve Klinik Psikiyatri*. 1. Basım. İstanbul. Güneş tıp kitabevi
 26. Oliveria AM, Radanovic M, Homem de Mello PC et al. Nonpharmacological Interventions to Reduce Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Systematic Review. *BioMed Research International* (2015), Article ID 218980, (1-9) <https://doi.org/10.1155/2015/218980>
 27. Wang XP, Ding HL. Alzheimer's disease: epidemiology, genetics and beyond. *Neurosci Bull* 2008;24(2):105-9
 28. Corbett A, Burns A, Ballard C. Don't use antipsychotics routinely to treat agitation and aggression in people with dementia. *BMJ* 2014; 349:g6420.

29. Reus VI, Fochtmann LJ, Eyler AE, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline on the Use of Antipsychotics to Treat Agitation or Psychosis in Patients With Dementia. *Am J Psychiatry* 2016; 173:543.
30. Antipsychotic drugs for dementia: a balancing act. *Lancet Neurol* 2009; 8:125.
31. Declercq T, Petrovic M, Azermai M, et al. Withdrawal versus continuation of chronic antipsychotic drugs for behavioural and psychological symptoms in older people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2013; :CD007726.
32. Wilkins JM, Forester BP. Update on SSRI treatment for neuropsychiatric symptoms of dementia. *Curr Psychiatry Rep.* 2016;18(2):1-7
33. Wang J, Yu JT, Wang HF, et al. Pharmacological treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: a systematic review and meta-analysis. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86:101.
34. Trinh NH, Hoblyn J, Mohanty S, Yaffe K. Efficacy of cholinesterase inhibitors in the treatment of neuropsychiatric symptoms and functional impairment in Alzheimer disease: a meta-analysis. *JAMA* 2003; 289:210.
35. Gitlin LN, Kales HC, Lyketsos CG. Nonpharmacologic management of behavioral symptoms in dementia. *JAMA* 2012; 308:2020.