

Demans Vakalarındaki Psikiyatrik Fenomenler; Psikoz Belirtileri, Depresyon ve Agresyon

Engin EKER*

ÖZET

Alzheimer tip demansta psikiyatrik semptomlar ve davranışsal bozuklukların değerlendirilmesi önemli olduğu halde, araştırmacılar tarafından ihmal edilmiş bir konudur. Görülen başlıca psikiyatrik semptomlar düşünce içeriği bozuklukları (hezeyanlar ve paranoid düşünce), algı bozuklukları (hallüsinasyonlar ve yanlış identifikasyonlar) ve duygulanım bozukluklarıdır (depresif mizaç ve mani belirtileri). Kişilik değişiklikleri de hastalığın en erken belirtileri olabilir. Agresyon ilerlemiş demans tablolarında sıklıkla görülür ve hastaya bakanların en çok rahatsız oldukları bir durumdur. Bazı davranışların doğrudan doğruya beyin hasarının sonucu olduğunu düşündüren bulgular vardır. Bu psikiyatrik semptomların bilinmesi demansta beyinle-davranış arasındaki ilişkiyi öğretmeleri açısından önemli olabilir.

Anahtar kelimeler: Psikiyatrik fenomenler, Alzheimer hastalığı, beyin-davranış ilişkileri

Düşünen Adam; 1993, 6 (3):28-31

SUMMARY

Psychiatric symptoms and behavioral disturbances are of important in dementia of the Alzheimer type (DAT) but have been relatively neglected by researchers. The main psychiatric symptoms are disorders of thought content (delusions and paranoid ideation), disorders of perception (hallucinations and misidentifications) and disorders of affect (depressed and clavated mood). Personality changes are very common, and these may be the earliest manifestation of dementia. Aggression tend to be associated with advanced dementia and are particularly disruptive to caregivers. Structural correlates suggest that some behaviors are a direct result of brain damage psychiatric and behavioral features and their treatment in DAT are important. Because these symptoms may teach us more about brain-behavior relationships.

Key words: Psychiatric phenomena, Alzheimer's disease, brain-behavior relationships

GİRİŞ

Alzheimer hastalığındaki psikotik semptomlara son yıllarda dikkat edilmeye başlanmıştır. Alzheimer hastalığında psikotik belirtilerin araştırılması için önemli nedenler vardır:

Psikotik semptomlar demansın ayırıcı tanısında önemli olabilir. Bu semptomlar hastalığın tanısında

önemli ip uçları verebilir. Bu semptomların bulunması hastalığın alt tiplerinin olabileceğini düşündürebilir. Hastalığın tabii gidişi ile nöropatolojik ve nörokimyasal çalışmalardan elde edilen bilgilerle bu semptomlar arasında korelasyon kurulabilir. Alzheimer hastalığı beyin-davranış ilişkilerini araştırabilmek için yararlı bir modeldir. Öte yandan bu belirtiler hastaya bakanlar üzerinde büyük bir yük oluşturabilirler. Alzheimer hastalığındaki bu psi-

* Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Geropsikiyatri Bilim Dalı Başkanı

kiyatrik belirtiler kognitif yıkımın aksine mevcut tedavilere iyi cevap verirler.

Alzheimer hastalığında başlıca üç psikiyatrik fenomen tanımlanmıştır: Düşünce içeriği bozukluğu (hezeyanlar ve paranoid düşünceler); algısal bozukluklar (hallüsinasyonlar, yanlış identifikasyonlar); affekt bozuklukları (depresyon ve mizaçta mani yönünde yükselmeler). Ayrıca psikiyatrik ve nonpsikiyatrik davranışlara da dikkat etmek gerekir.

Düşünce içeriği bozuklukları

Alzheimer hastalığında hezeyanların bulunabileceği gayet iyi bilinir. DSM-III-R (1987)'de hezeyanlı Alzheimer tip primer dejeneratif demans alt bölümü vardır. I CD-10 (1986)'da böyle bir alt başlık yoktur.

Cumming (1985) beyinin organik hasarı ile birlikte olan hezeyanları dört gruba ayırmıştır (6). Basit perseküsyon hezeyanları, kompleks perseküsyon hezeyanları, büyüklük hezeyanları, nörolojik defisitlerle birlikte olan spesifik hezeyanlar.

Araştırmacı basit hezeyanların Alzheimer veya vasküler demansı olan kişilerde daha sıklıkla bulunduğunu bildirmiştir. Kognitif yıkımı olan çeşitli nörolojik hastalıklarda, tümör vakalarında ve ensefalopatilerde diğer hezeyanların görüldüğü ileri sürülmüştür.

Basit hezeyanları olanların diğer üç tip hezeyanları olanlara oranla daha fazla kognitif yıkım içinde oldukları görülmüştür. Bu basit tip hezeyanları olanlar kompleks hezeyanları olanlara oranla nöroleptiklere daha iyi cevap verirler. Hezeyanların oranı % 30-35 arasında değişir ve en sık terkedilme, şüphelenme, çalma ile ilgilidirler (2,8,13).

Hezeyanların patolojik yapı ile ilişkisine gelince bu yönde iki hipotez ileri sürülür: Jacoby ve Levy (1980) hezeyanlar için nisbeten sağlam serebral fonksiyon gerektiğini ileri sürerler ve serebral atrofi ve serebral perfüzyon arasında ters orantılı bir ilişkiden söz ederler (9). Berrios ve Brook (1985) ile Cummings ve ark. (1987) ise vasküler ve dejeneratif demans vakalarında serebral yapı ile hezeyanların prevalansı arasında bir ilişki olmadığını ileri sürerler (2,8).

Algı bozuklukları

Algısal bozukluklar iki gruba ayrılırlar: Duyusal distorsiyon (algının şiddetinde, kalitesinde veya alan şeklinde değişiklikler) ve duyusal aldanmalar (illüzyonlar ve hallüsinasyonlar).

Alzheimer hastalığında hallüsinasyonlar, % 15-30 arasında değişen oranda görüldüğü bildirilmiştir. (Cummings ve ark., 1987, Reisberg ve ark., 1987). En çok görsel ve işitsel hallüsinasyonlardır (8,13). Alzheimer hastalarında yanlış identifikasyonlarda görülür. Hastalar aynadaki kendi imajlarını başka birisi olarak algılayıp onunla konuşurlar. Evde aile bireylerinin dışında başka insanların olduğuna inanırlar. TV'deki olayları veya insanları gerçek uç boyutlu alan gibi algılamalar olur.

Rubin ve ark. (1988) 110 kişiden oluşan hasta serisinin % 23'ünde en az bir tip misidentifikasyon bildirmişlerdir (14). En sık olanı da evde başkalarının olduğuna inanmaktadır. Araştırmacılar psikotik semptomları açıklamak için 4 ayrı mekanizma ileri sürmüşlerdir (1,7).

Birinci mekanizma demans tablosunun üstüne bir delirium tablosunun yerleşmesi. Bu yaklaşıma göre semptomlar geçicidir ve hallüsinasyonlu tablo çoğu kez görseldir. İkinci görüş özellikle Berrios tarafından savunulur. Üst motor nöron lezyonlarını takiben görülen semptomları açıklamak Hughling Jackson tarafından ileri sürülen "kortikal disinhibisyon teorisi"ne benzer serbest kalan davranışlar normalde bunları inhibe eden bölgelerin hasarı sonucudur. Psikotik fenomenler, bilince zorla giren bir çeşit rüya-aktivitelidir. Üçüncü görüşe göre, bu fenomenler kişiliğin patoplastik etkisiyle normal kişiliğin abartılmış şekilleri olarak kabul edilebilir. İki ayrı akıl hastalığının aynı anda bulunma ihtimali dördüncü görüşü oluşturur. Örneğin demansın aynı anda fonksiyonel psikoz tablosu ile birlikte bulunması gibi.

Psikotik belirtilerin şiddeti ile biyolojik değişiklikler arasındaki bağlantıları da bakılmıştır. Örneğin Lopez ve ark. (1991) hezeyanlı ve hallüsinasyonlu 17 hastada EEG'de teta ve delta aktivitesinde artma gözlemişlerdir (11). Zubenko ve ark. (1991) otopsi ile de gösterilmiş 27 Alzheimer vakasının 14'ünde

belirgin hezeyanlar ve hallüsinasyonların olduğunu saptamışlardır (17). Psikoz belirtilerinin bulunması prosubiculumda senil plakların yoğunluğunda artma, orta frontal kortekste nörofibriller tangle sayısında artma ve prosubiculumda serotonin de anlamlı bir azalma ile birliktedir. CT yapılmış Alzheimer hastalarının psikoz belirtileri gösterenlerde lateral ventriküllerin sağ ön boynuz alanlarında daha belirgin bir genişlik saptanmıştır. Bu sonuç sağ frontal lobun belirgin dejenerasyonu ve sol frontal lobun nisbeten iyi korunmasının hezeyanlı missidentifikasyonlarla birlikte olabileceğini düşündürür.

Demans ve depresyon arasındaki ilişkiye gelince, yakın zamanda standardize edilmiş depresyon ölçekleri kullanarak yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, Alzheimer hastalığında hiç depresif mizaç belirtileri olmadığını ileri süren çalışmalar olduğu gibi, % 87'ye varacak kadar depresif belirtiler olduğunu vurgulayan çalışmalar da vardır (1,5,10,12). Demans hastalarında mani belirtileri çok düşük orandadır. Örneğin Burns ve ark. (1990) 174 vakanın sadece 6'sında (% 3.5) mani belirtileri gözlemişlerdir (4).

Depresyonun daha az şiddetteki kognitif yıkımla ve CT'de daha az ventrikül genişleme ile birlikte olduğunu ileri süren araştırmacılar vardır. Alzheimer hastalarında davranış bozukluklarının üzerinde çok az durulmuştur. Oysa davranış bozuklukları hastaya bakanlar üzerinde büyük bir yüküdür. Hastanın uzun süre kalacakları bir merkeze sevk edilmesine neden olurlar. Başta agresyon olmak üzere % 20-26 arasında olduğu bildirilmektedir (15).

Davranış bozukluklarının premorbid kişilik özellikleri ile ilgili olabilir. Altta yatan beyin hasarının bir belirtisi olabilir. Alzheimer hastalığında agresyonla nörokimyasal değişiklikler arasında bir bağlantının olabileceğini düşündüren bulgular vardır. Agresyonla asetilkolin ve serotonin nörotransmitterleri arasında ilişki vardır. Bu nörotransmitterlerde bilindiği gibi, Alzheimer hastalığında azalmaktadır. Demansın şiddeti arttıkça davranış bozukluklarının şiddetinde arttığı bilinmektedir.

Yaşlı demans hastalarında agresif tutum içeren, ancak farmakolojik tedaviye cevap vermeyen davranışlar vardır. Bu bakımdan demans vakalarında

Tablo 1. Farmakolojik tedaviye genellikle uygun olmayan davranış bozuklukları

1. Bir aşağı bir yukarı dolaşma,
2. Hakaret edici veya hoş olmayan sözler veya küfürler,
3. Tekrarlayıcı veya kızdırıcı, rahatsız edici davranışlar.
Örneğin sağa sola dokunmalar, sarılmalar, makul olmayan istekler, bağırma, bastonla etrafındakilere vurmalar,
4. Hiperseksüalite (sözel veya fiziksel)
5. Başka hastaların ve personelin eşyasını çalma (örn. gözlük, kalem, çatal-kaşık, vs.),
6. Nedensiz ve yersiz kusmalar.

davranış bozuklukları psikiyatrik ve non-psikiyatrik kökenli olmak üzere ikiye ayrılır:

Non psikiyatrik davranışlar: Evde veya uzun süreli bakım veren kurumlarda görülen, etkin farmakolojik tedaviye cevap vermeyen, agresif tutum içeren davranışlardır (Tablo 1). Bu davranışlar, değişikliği veya davranışı modifiye etme gibi non-farmakolojik yaklaşımlara iyi cevap verirler.

Psikiyatrik davranışlar: Bunlar farmakolojik tedaviye iyi cevap verirler. Bu davranışlar anksiyete, majör depresyon, negativizm, aşırı neşe durumu, hallüsinasyonlar ve hezeyanlardır. Bunlar egodistonik ise ajitasyon veya tecavüzkar davranışlardır. En sık rastlanan psikiyatrik davranışlar yaşlı demans hastası tarafından gösterilen sözel veya fiziksel saldırı-ganlık davranışlarıdır.

Yaşlı bunamalı agresif hastalarda farmakolojik tedavi ilkeleri

1. İlaç tedavisine başlamadan önce tüm ilaç dışı yaklaşımları denemek gerekir. Psikotropik ilaçları vermeden önce bu ilaçların fayda ve zararlarını düşünmek gerekir.
2. Tedavi edilmesi gereken sorunun iyi tanımlanması gerekir. Örneğin Alzheimer tanısı almış bir hastada her semptom ilaçla tedavi edilecek diye bir kaide yoktur. Veya bir personel serviste yaşlı demans hastasıyla başedemediğini söylediğinde hemen reçeteye sarılmamak gerekir. Non-spesifik nedenler çoğu kez tedavinin başarısızlığa uğramasına yol açarlar.
3. Davranış sorunu olan her hastanın kendine özgü tıbbi sorunları olabilir ve hasta değişik ilaçlar alıyor olabilir. Verilecek olan psikotropik ilaç özellikle hastanın psikopatolojisiyle negatif etkileşim yap-

Tablo 2. Yaşlıda agresyonun psikofarmakolojik tedavisi

İlaç	Endikasyonlar	Önerilen yaklaşık doz	Özellikle dikkat edilmesi gereken klinik özellikler ve yan etkiler
Nöroleptik	Agresyon doğrudan doğruya psikotik düşünce ile ilgili ise agresyonu çok kısa zamanda kontrol altına almak için.	Yaşlı hastalardaki psikoza tedavi etmek için kullanılan standart dozlar	Aşırı sedasyon ve birçok yan etkiler. Kronik agresyon için kullanıldıklarında tardiv diskineziler.
Carbamazepine	Agresyon-özellikle kompleks parsiyel bozukluklarla bağlantılı ise, agresyon-diğer organik beyin hastalıklarıyla bağlantılı ise.	300-800 mg/günde, bölünmüş dozlar halinde (serum düzeyi 4-12 µg/ml)	Kemik iliği supresyonu veya hematolojik anomaliler açısından hastanın yakından izlenmesi.
Lityum	Mekanik hecmelerle ve siklik afektif hastalıklarla ilgili agresyonda.	300-600 mg/günde, terelç edilen serum düzeyi (0.4-0.6 mEq/L)	Mahkumlardaki ve mental retardasyonu olanlardaki agresyonda da kullanılmıştır
Anksiyolitikler	Sedatif-hipnotik özelliği olanlar kullanılarak ajitasyonla en kısa zamanda bastırma.	Yaşlı hastalarda kullanılan anksiyolitikler ve dozlar,	Paradoksal hiddet reaksiyonlarından kaçınmak gerekir. Kısa yarılanma süresi olanlar ve aktif metaboliti olmayanlar terelç edilir.
Beta-blokerler	OBS'lu hastalarda ve kapalı kafa travmalarında, kronik ve tekrarlayıcı agresyonda	50-400 mg/günde, bölünmüş dozlar halinde	Etkinin başlaması için 4-6 hafta gerekir.

mamalıdır.

4. Verilen ilaçların kan düzeyleri sık sık saptanmalıdır.

5. Mümkün olduğunca tek bir ilaçla semptomları tedavi etmeli, zorunlu olmadıkça polifarmasiden kaçınmalıdır.

6. Zaman içinde ilacın etkinliği iyi izlenmelidir. Yaşlı demanslı hastadaki agresif davranışlar için hemen ilaca başlamak yeterli değildir. İlacın etkileri sürekli gözden geçirilmelidir. Semptomları kontrol altına almada en düşük dozu bulmaya çalışılmalıdır.

7. Hastanın genel durumu (beden yapısı, genel sağlığı), yaşı, ilaçla birlikte özel diyet gerekip gerekmediği, akut veya kronik bir hastalığı olup olmadığı ve bu hastalıklarla ilgili alınan ilaçlar, karaciğer, böbrek, kalp fonksiyonları gözden geçirilmelidir.

Bütün bu faktörler gözönünde tutularak doz ayarlanmalı veya doz azaltılmalıdır. Yaşlıda agresyonun psikofarmakolojik tedavisi ile ilgili Tablo 2 konuya ışık tutabilir.

KAYNAKLAR

1. Berrios G: Non-cognitive symptoms in the diagnosis of dementia: Historical and clinical aspects. *Br J Psychiatry* 154(Suppl 4):11-16, 1989.
2. Berrios G, Brook P: Delusions and the psychopathology of the elderly with dementia. *Acta Psychiatrica Scan* 72:296-301, 1985.
3. Burns A: Psychosis in dementia of the Alzheimer type. In: *Delusions and hallucinations in old age*. Katona C, Levy R (eds).

Gaskell, Royal College of Psychiatrists, London, p.228-242, 1992.

4. Burns A, Jacoby R, Levy R: Psychiatric phenomena in Alzheimer's disease. *Br J Psychiatry* 157:72-94, 1990.

5. Burns A: Affective symptoms in Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 6:371-376, 1991.

6. Cummings J: Organic delusions: Phenomenology anatomical correlations and review. *Br J Psychiatry* 146:184-197, 1985.

7. Cummings J, Victoroff J: Non-cognitive neuropsychiatric syndromes in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatry, Neuropsychology and Behavioural Neurology* 3:140-158, 1990.

8. Cumming J, Miller B, Hill MA, et al: Neuropsychiatric aspects of multi-infarct dementia and dementia of the Alzheimer type. *Arc Neurology* 44:389-393, 1987.

9. Jacoby RJ, Levy R: Computed tomography in the elderly: II. senile dementia: Diagnosis and functional impairment. *Br J Psychiatry* 136:256-269, 1980.

10. Knesevich J, Martin R, Berg L, Danziger W: Preliminary report on affective symptoms in the early stages of senile dementia of the Alzheimer type. *Am J Psychiatry* 140:233-235, 1983.

11. Lopez O, Becker J, Brenner MD, et al: Alzheimer's disease with delusions and hallucinations: Neuropsychological and electroencephalographic correlates. *Neurology* 41:906-912, 1991.

12. Merriam A, Aronson N, Gaston P, et al: The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. *J Am Geriatric Soc* 36:7-12, 1988.

13. Reisberg B, Borenstein J, Salob S, et al: Behavioural symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. *J Clin Psychiatry* 48(Suppl):9-15, 1987.

14. Rubin E, Drevets W, Burke W: The nature of psychotic symptoms in senile dementia of the Alzheimer type. *J Geriatric Psychiatry and Neurology* 1:16-20, 1988.

15. Ryden M: Aggressive behavior in persons with dementia who live in the community, Alzheimer's disease and associated disorders 2(4):342-55, 1988.

16. Teri L, Larson EB, Reifler B: Behavioural disturbance in dementia of the Alzheimer type. *J Am Geriatric Soc* 36:1-5, 1988.

17. Zubenko GS, Moosy J, Julio Martinez A, et al: Neuropathologic and neurochemical correlates of psychosis in primary dementia. *Arch Neurology* 48:619-624, 1991.