

PSÖDODEMANS KAVRAMI*

Dr. MİNE ÖZMEN**

ÖZET

Yazıda psödodemans kavramının tarihsel gelişimi ve bu kavrama yönelik yeni yaklaşımlar gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Depresyonda kognitif kayıplar, psödodemans, Alzheimer hastalığında depresyon.

SUMMARY

In this article the historical development of the term pseudodementia and new approaches towards this term has been reviewed.

Key Words: Cognitive deficits in depression, pseudodementia, depression with Alzheimer's disease.

Psödodemans terimi ilk kez 1800'lerin sonunda Wernicke tarafından kullanılmış, 1898'de Ganser demans tablosunu taklit eden vakalar bildirmiş ve bir süre psödodemans ve Ganser sendromu aynı anlamda kullanılmıştır. Daha sonra Kiloh (1961), demans gibi görüldüğü halde primer demansı taklit eden başka psikiyatrik bozukluklardan ilk söz eden araştırmacılardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Pek çok bozuklukta (konversiyon bozukluğu, sağırılık, deliryum, madde etkisi, epilepsi, depersonalizasyon, simulasyon, normal basınçlı hidrosefali, şizofreni) sözedilmişse de bu sendrom en çok depresyonla ilişkili gözüktüğünden, depresif psödodemans adı verilmiş, böylece hastanın entellektüel yeti yitiminden kaçmış bir depresyona bağlı olduğu ve tedavi edilebilirliği vurgulanmıştır. Daha sonraları kişide ya depresyon ya da demans saptanmasının çok basite indirgenmiş bir bakış olacağı, çoğu zaman iki sendromun birlikte var olduğu düşünölmeye başlanmış ayrıca depresif hastalarda tedaviyle ortadan kalkan bilişsel işlev bozukluklarından sözedilmiştir (*Olga ve ark, 1992; Poon, 1992*).

Cummings'e göre psödodemans kavramı içinde en az iki sendrom tanımlanmaktadır. Bunlardan birincisinde hastalar mental durum muayenesiyle ilgilenmedikleri ve işbirliğine girmedikleri için doğru cevaplar veremezler ve çoğu kez "bilmiyorum" yanıtları verirler. Yakınmaları yeti kayıpları ile uyumsuz-

dur. Test sonuçları çok değişkendir. Davranış test sonuçları ile uyumsuzdur. Hastanın entellektüel yetilerinin bozulmadığı, ancak anlamlı bir test için yeterli işbirliği kurmadığı izlenimi elde edilir. İkinci sendromda hasta teste katılır, yeterli çabayı göstermesine karşın başarılı olamaz. Fostein ve NcHugh bu bozukluğun duygudurum bozukluğu ile ilişkili olduğunu, yaşa bağlı nöron kaybına eklenen biyojenik amin eksikliğine bağlı olarak oluştuğunu ileri sürmüş, bu tabloya depresyonlu demans ya da depresyonun demans sendromu adının verilmesini önermiştir (*Jeffery, 1989*).

Psödodemans ve demans ayırıcı tanısında önemli olduğu ileri sürölen farklılıklar Tablo 1'de özetlenmiştir. Saf bir depresif psödodemansın varlığı tartışmalıdır. Depresyon demansı ağırlaştırabilir ya da depresyonda bilişsel bozukluk gözlenebilir. Ancak katkı payını ya da ne derece anlamlı olduğunu değerlendirmek güçtür. Hafif demansı olan hastalar genellikle depresyon ön tanısıyla psikiyatriste gönderilmekte ve gerçekten dikkatli bir muayene ile ayırıcı tanı yapılabilir. Depresyonla demansı ayırdetmek için tek bir basit yöntem yoktur, ayrıntılı ve tam bir psikiyatrik ve nörofizyolojik muayene gerekmektedir. Geç yaşta başlayan depresyonlarda subkortikal-frontal nöroanatomik değişiklikler bildirilmiştir. Bazı araştırmacılar, MRI'la leukoaraiosis saptanabilirse, bunun bazı yaşlı depresiflerde depresif duyguduruma, bilişsel yeti yitimine ve dahasonra bilişsel yıkıma katkıda bulunan potansiyel bir nörobiyolojik belirleyici olabileceğini ileri sürmektedir. Currie ve arkadaşları antisakkadik göz hareketlerinin yüksek kortikal işlev bozukluklarını değerlendirmeye-

* Bu bildiri 15-16 Mayıs 1995 tarihinde İstanbul'da düzenlenen II. Ulusal Geropsikiyatri Sempozyumunda Demans-Depresyon ilişkisi konulu panelde sunulmuştur.

** Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Geropsikiyatri Bilim Dalı

TABLO I - (WELLS CE, 1979)**PSÖDODEMANS VE DEMANS ARASINDAKİ FARKLAR**

	PSÖDODEMANS	DEMANS
KLİNİK SEYİR ve ANAMNEZ	başlangıç zamanı aşağı yukarı bellidir.	kesin bir tarih söylenemez
	yakınmaların öyküsü kısa süreli	uzun süreli
	hızla ilerler geçmişte psik. bkz. ya da ya da son zamanlarda yaşam krizi öyküsü	erken kayıplar pek farkedilmez geçmişte psik. boz. ya da kriz sık değil
	aile işlev bozukluğunun farkındadır	çoğu kez işlev bozukluğunun ve şiddetinin farkında değil
KLİNİK DAVRANIŞ	bilişsel kayıplarla ilgili detaylı, abartılı yakınmalar	bilişsel kayıplarla ilgili yakınma az
	muayenede çok gayret göstermezler	bilişsel işleme boğuşurlar
	affektif değişiklik sıklıkla saptanır	sığ emosyonlar ve apati saptanır
	davranış bilişsel kayıpla uygunluk göstermez	davranış bilişsel kayıpla uyumlu
	işlev bozukluğu nadiren gece şiddetlenir	işlev bozukluğu sıklıkla gece şiddetlenir
MUAYENE BULGULARI	Sıklıkla denemeden "bilmiyorum" yanıtları	Genellikle denemeye çalışırlar
	hem yakın hem uzak hafıza ile ilgili sorularda tutarsız hafıza kaybı	hafıza kaybı yakın geçmiş için daha fazla
	belli olaylar için hafıza boşlukları	hafıza boşluğu yok
	genelde performans değişmeler gösterir	tutarlı olarak performans bozuktur
	dikkatin verilmesi ve yoğunlaştırılması çoğu kez iyi korunmuştur	genellikle bozuktur

potansiyel çalışmaları demansta görülen P3 latansında uzamanın ayırıcı tanıda kullanılabileceğini düşündürmektedir (*Nussbaum, 1994; Gilles, 1994; Currie ve ark, 1991; Goodin ve Aminof, 1992; Leibenluft ve Webr, 1992; Wooten, 1992*).

Bu sendromun prognozu da tartışmalıdır. Alexopoulos, bilişsel açıdan normal yaşlı depresif hasta grubunun % 4'ünde 1 yıl içinde demans geliştiğini bildirmiştir. Bu oran genel nüfustakine yakındır. Ancak geri dönüşümlü demans tanısı almış depresif hastalarda demans gelişme olasılığını anlamlı ölçüde yüksek bildirmiştir (Yalnız depresyonu olanlarda % 12'ye karşılık % 43). Buradan yola çıkarak psödodemans tanısı almış vakaların erken dönem demans olguları olduğunu ileri sürmüştür. Bazı çalışmalarda ise bilişsel bozukluk saptanan depresif hastalarda depresyon tedavi edildikten sonra da hafif derecede bilişsel bozukluğun kalabildiği gösterilmiştir. Son yıllarda yapılan izleme çalışmaları, geri dönüşümlü demans tanısı almış hastaların yıl başına % 9-25 oranında kalıcı demans geliştirdiklerini göstermiştir. Psödodemans tanısı almış yaşlı depresiflerde demans gelişme riski normal popülasyona göre % 2,5-6 kez fazla olarak bildirilmiştir. Olumsuz prognoz takibin süresine de bağlı gözükmektedir. Uzun takip edilen hastalarda kalıcı demans gelişme oranı daha yüksektir. Bu oranı Murphy % 3 (1 yıl); Rabins ve ark. % 12 (2 yıl); Reding ve ark. % 50 (3 yıl); Kral ve Emery % 79 (4-18 yıl) olarak bildirmişlerdir.

Bu veriler de 10 yıllara dayandığı, bu süre içinde tanımlar, ölçütler değiştiği ve örneklem konusunda kısıtlı veri içerdikleri gerekçeyle eleştirilmektedir (*Olga ve ark, 1992; Wooten, 1992; Alexopoulos ve ark, 1993; Kral ve Emery 1989; Levy, 1991*).

de yararlı bir ölçüt olduğunu, bu hareketleri ölçen bir testin demans/psödodemans ayırıcı tanısında kullanılabileceğini bildirmişlerdir. Uyku deprivasyonu-na yanıt da depresif psödodemansı primer dejeneratif demanstan ayırmaya yardım edebilir. Uyandırılmış

TABLO II

BELİRTİ	DEPRESYON + ALZHEIMER H.	DEPRESYONLA OLUŞMUŞ DEMANS
MİZAÇ BKZ. seyir	sürekli	hecemeler halinde
labilite	çevre koşulları ile değişir	ısrarlı
hezeyanlar	mizaçla uygunluk göstermez	mizaçla uyumlu
HAFIZA kayıpların farkında tanıma	değil yerinde	farkında bozuk
DİL BZK.	var	yok
SEREBRAL METABOLİZMA (PET)	her iki parietal lobda metabolizma düşük	her iki frontal lobda metabolizma düşük
SEREBRAL PERFUZYON (SPECT)	her iki parietal lobda hipoperfüzyon	her iki frontal lobda hipoperfüzyon
KOMPUTERİZE EEG	anormal	normal
	Jeffrey L.Cummings, 1989	

Alzheimer Hastalığı (AH) ile birlikte görülen depresyon ve depresif demansın aynı tabloya verilen değişik adlar olduğunu savunanlardan farklı olarak Cummings bu iki tablo arasında bazı farklılıklar olduğunu ileri sürmektedir (Tablo 2). AH'da duygudurum değişikliklerinin depresif hastalara göre daha ısrarlı ancak daha az yoğun ve çevreyle ilişkili olduğunu, AH'da daha çok perseküsyon hezeyanlarının, depresyonda ise duygudurumla uyumlu ve düşük benlik saygısı ile ilişkili hezeyanların görüldüğünü bildirmektedir (Poon, 1992).

AH'da medial temporal lobun ve hipokampusun etkilenmesi, hastaları amnestik hale getirir; yeni bilgi öğrenemedikleri için tanıma testlerinde kategorik ipuçları verildiğinde yardım alamazlar materyeli organize edemezler. Birşeyle ilişkili olarak başka bir şeyi hatırlayamazlar ancak subkortikal çekirdeklerin bütünlüğü ile ilgili olan öğrenilmiş davranışla ilgili bellek bozulmamıştır. Depresyonda ise tam tersine öğrenme ve tanıma yerindedir. Hatırlama bozuklukları yardımıyla, uyarıyı organize ederek giderilebilir. Dil bozuklukları AH'da hemen her zaman vardır, depresyonla oluşmuş demans sendromunda ise normaldir (Poon, 1992).

Serebral metabolizma ve perfüzyon çalışmalarında AH'da erken dönem bulgusu olarak bilateral pa-

rietal metabolizma ve perfüzyon azalması, depresyonla oluşmuş demans sendromunda ise her iki frontal lobda metabolizma ve perfüzyon azalması bildirilmiştir. Son yıllarda serebral metabolizma (PET) çalışmalarında depresif kognitif yeti yıkım olan hastalarda sol ön-orta prefrontal kortekste görülen bölgesel kanakımı azalmasının depresif hastaların PET bulgularının üstüne eklenen bir değişiklik olduğu, bu nedenle depresif hastalarda görülen bilişsel yeti yıkımının sadece depresyon ya da demansta işlev bozukluğu olan nöron sistemlerinden farklı bölgelerle ilişkili olabileceği ileri sürülmektedir (Dolan ve ark, 1992).

Kral ve Emery takip çalışmalarında demans gelişen hastalarında yaptıkları post-mortem incelemede nöron kaybı, nörofibriller yumaklar ve nöritik plaklar saptamışlardır (Olga, 1992; Poon, 1992).

Klinik, nörofizyolojik, nörobiyolojik, nöropsikolojik araştırmalar gözden geçirildiğinde pek çok yazarın, yaşlı depresyonda gözlenen bilişsel yeti yitiminin yalancı ya da istemli değil, gerçek olduğu, demans tablosundaki yitime benzemediği,

bu nedenle psödodemans teriminin terkedilmesi konusunda hemfikir olduğu görülmektedir. Depresif demans hem klinik görünüm hem de test sonuçları açısından major depresyondan çok primer demansa yakın bir tablo gibi gözükmektedir. Yaşlılıkta başlayan depresyona tıbbi ve nöroanatomik değişiklikler sıkça eşlik etmekte ve bilişsel yeti kaybı ya da demans riski daha fazla olarak gözükmektedir. Depresyon son ortak yol olan demansa bir yakınlık oluşturuyor olabilir (Olga, 1992; Poon, 1992, Stoudemire ve ark, 1989).

Kognitif yeti yetimi olan hastaların uzun dönemdeki olumsuz prognozunu yorumlamak için iki hipotezi ileri sürülmektedir. Bunlardan birincisi bu hastaların depresif bozukluktan bağımsız olarak demans gelişecek hastalar olması, ikincisi ise bu kişilerde latent demansın önceden var olması ve depresyonla birlikte açık ve kalıcı hale gelmesidir (Olga, 1992, Jeffery, 1989; Gilles, 1991; Dolan ve ark, 1992).

Psödodemans kavramı ile tanımlanan klinik tabloya son yıllardaki yaklaşımlar geri dönüşümlü / dönüşümsüz ayırımının silinmesine neden olmakta, tedavi konusundaki beklentilerimizi azaltmakta ve iyi öykü almanın, ayrıntılı psikiyatrik muayenenin, hastanın uzun dönemdeki takibinin önemini ortaya koymaktadır.

KAYNAKLAR

- Alan Stovdemire et al; Neuropsychological and Biomedical Assessment of Depression-Dementia Syndromes; The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences; 1 347-361, 1989.
- Alexopoulos GS; et al; The course of geriatric depression with reversible demantia; a controlled study. Am J Psychiatry. 150 (11) P 1693-9, No. 1993.
- Currie J et al; Validation a clinical antisaccadic eye movement test in the assesment of dementia; Arch Neurol; 48 (6) P 644-8, Jun. 1991.
- Dolan et al; Regional Cerebral Blood Flow Abnormalities in Depressed Patients with Cognitive Impairment. J Neurosurg Psychiatry. 55 (9): P 768-73. Sep. 1992.
- Gilles C; Dementia-depressive dementia to pseudodepression in dementia; 15 (5) P296-9. Sept. Oct. 1994.
- Goodin DS; Aminoff MJ; Evaluation of dementia by event-related potentials, J Clin Nerophysiol. 9 (4), P 521-5, Oct. 1992.
- Jeffery L. Cummings; Demantia and Depression: An Evolving Enigma; Volum el; Number 3; 236-242. 1989.
- Kral VA; Emery OB; Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. Can J Psychiatry. 34 (5) P 445-6. 1989.
- Leibenluft E; Wehr TA\$ Is sleep deprivation useful in the treatment of depression?; Am. J. Psychiatry, 149 (2) P 159-68, Feb. 1992.
- Leonard W Poon; Toward an Understanding of Cognitive Functioning in Geriatric Depression; International Psychogeriatrics, Vol 4, Suppl. 2, 241-263, 1992.
- Nussbaum PD; Psiudodementia; a slow death; Neuropsychol Rev; 4 (2) P 71-90. Jun 1994.
- R.Levy; The Relationship between depression and dementia in old age. Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl. 2 99-102, 1991.
- V.Olga Emery Thomas E. Oxman; Update on the Dementia Spectrum of Depression; Am J Psychiatry 149; 3, 305-317, 1992.
- Wooten V; Sleep Disorders in geriatric patients; Clin Geriatr Med 8 (2), P 427-39, May. 1992.