

Depresyon - Demans Ayırıcı Tanısı

Dr. E. Yusuf SİVRİOĞLU*, Prof. Dr. Selçuk KIRLI*

Demans ve depresyon, klinik görünümünde bilişsel kaybın ortak özellik olarak yer aldığı iki klinik tablodur. Her iki durum da özellikle yaşlılarda sık görülen psikopatolojiler içindedir. DSM-IV ve ICD-10 gibi tanı setlerinde farklı kategorilerde ele alınmalarına karşın, klinik uygulamada sıkça birlikte görüldükleri, bazen birbirlerini zamansal olarak izledikleri, bazen de birbirlerinin yerine yanlış tanı aldıkları bilinmektedir.

Klasik tanı kriterlerine göre ayırımları çok kolay gibi görünse de, özellikle depresyonun yaşlı toplumda farklı özelliklerle kendini gösterdiği, tanısının genç hastalara oranla daha zor olduğu göz önüne alınır-sa, ayırıcı tanıdaki güçlükler daha net bir biçimde ortaya çıkar.

Bu iki klinik durumun ayırıcı tanısı yönünde yapılan çalışmalar ve ortaya konulan teorilere bakıldığında, kavramların zaman içinde değiştiği görülür. Özellikle son yıllarda geriyatrik psikiyatrideki gelişmeler, demans tablosunun daha ayrıntılı tanımlanması yolundaki çalışmalar sayesinde, hem demans hem de depresyondaki bilişsel yıkım ile ilgili farklı kavramlar ortaya çıkmıştır.

Psödodemans terimi ilk kez Wernicke tarafından demansa benzer bir klinik görünüm yarattığı halde,

aslında demans olmayan başka psikiyatrik bozuklukları tanımlamak amacıyla kullanılmış, sonraları bu klinik durum, depresyonla daha fazla ilişkili gibi görünmesi sonucu, depresif psödodemans adını almıştır. Zamanla bu terimin kullanımına karşı çıkan araştırmalar yayınlanmış, ayırımın aslında bu denli net olmadığı, klinik birlikteliklerin olduğu ve ardışık gidişin görüldüğü saptanmıştır. "Vesanic demans" terimi yine aynı tabloyu tanımlamak amacıyla kullanılmış (Bulbena ve Berrios 1996) fakat psödodemans terimi daha fazla yer bulmuştur.

Ayırıcı Tanıda Klinik Özellikler

Klinik belirtiler depresyon-demans ayırımında yardımcı olabilir.

Depresif hastalarda aile öyküsünde affektif bozuklukla ilgili yüklülük saptanabilir. Ayrıca bu hastalardaki süregen disforik duygudurumun varlığı da ayırıcı tanıda yardımcıdır (Rabins ve ark. 1984). Bulguların ortaya çıkışına neden olan bir ailesel sorun, depresyon açısından anlam taşıyan bir yaşam değişikliği saptanabilir. Semptomların ortaya çıkış zamanı daha kesin olarak belirlenebilir ve semptom ortaya çıkışı ile başvuru arasındaki süre genellikle daha kısadır (Wells 1979).

Depresyona bağlı bilişsel bozukluk genellikle hasta tarafından bir yakınma olarak getirilir. Demansta bu tür bir yakınma erken evreler dışında genellikle hasta tarafından ifade edilmez.

* Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, BURSA

Tablo 1. Demans ve psödodemans arasındaki bazı klinik farklar (Bouchard ve Rossor 1996)

Klinik görünüm	Psödodemans	Demans
Başlangıç biçimi	Hızlı ve davranış değişikliği ile giden	Sinsi ve aylar içinde ilerleyen
Duygudurum	Apatik veya depresif	Dalgalanan, bazen apatik, bazen normal veya irritabl
Entelektüel işlevler	Yakınması fazladır, testleri yapamamaktan yakını ama objektif testlerde sonuçlar iyidir	Nöropsikolojik testlerde objektif değildir, hastalar yetersizlik veya hatalarını rasyonalize ederler
Benlik algısı	Zayıf	Normal
Durumuyla bağlantılı bulgular	Anksiyete, insomni, anoreksi	Nadir: bazen insomni
Süre	Değişken, semptomlar spontan olarak veya tedaviyle kaybolabilir	Semptomlar aylar veya yıllar içinde yavaş ilerler
Başvuru nedeni	Kendileri başvurur, demans konusunda endişelidir, demans hakkında bilgi almışlardır	Hasta, bellek, kişilik veya davranış değişikliklerini fark eden hasta yakınları tarafından getirilir
Öykü	Psikiyatrik öykü ve/veya ailesel/kişisel sorunlar	Ailede demans öyküsü nadir değildir

Psikiyatrik görüşme sırasında, yanıt bulmada güçlükle bilişsel kayba bağlıdır. Bu durum genellikle depresyondaki kişilerde, fark edilir sıkıntı ve anksiyeteye neden olmaz. Sıklıkla "Bilmiyorum" yanıtı alınır. Demans hastaları ise genellikle bilişsel kayıplarıyla "boğuşurlar", konfabule ederler veya perseveratif yanıtlar verirler.

Bilişsel bozulmanın tutarlılığı da önemli bir ip ucu verir. Tekrarlanan klinik görüşmelerde hep aynı düzeyde bilişsel kaybın saptanması daha çok demans lehinedir. Depresyonda genellikle farklı düzeylerde bilişsel kayıp saptanır.

Bilişsel işlevin özellikle sabahları daha bozuk olması depresyon lehine bir bulgudur. Akşama doğru, uyaran azalmasının da etkisiyle görülen bilişsel bozukluk ise demansı düşündürür.

Demansta bellek kusuru daha çok yakın geçmiş ile ilgili olmasına karşın depresyonda hem yakın hem de uzak geçmişle ilgili tutarsız kayıp saptanır. Ayrıca depresif hastalardaki bellek kusuru daha çok dikkatin yoğunlaştırılması ve sürdürülmesindeki bozuklukla ortaya çıkar. İleri derecede psikomotor retardasyon söz konusu değilse, hastanın zorlamayla dikkatini toplayabildiği ve bilişsel kayıpta bir miktar düzelme olduğu saptanır.

Depresyonda duygudurum genellikle depresif veya

anksiyözdür. Demans ise dalgalanan belirtiler görülür. Orta-ileri dönem demanslarda apati belirginleşebilir.

Depresyondaki bilişsel gerileme genellikle hızlıdır, belirgin affektif semptomların eşlik ettiği görülür.

Psikotik özellikte depresyonlarda görülen hezeyanlar ile demansiyel süreçte ortaya çıkan düşünce bozuklukları karıştırılabilir. Depresyondaki hezeyanların duygudurumla uyumlu temalar içermeleri, demans ise her tür düşünce bozukluğunun bulunması, daha baskın olarak da paranoid içerikli hezeyanların görülmesi ayırıcı tanıda yardımcı olabilir.

Depresyonda günlük yaşam aktivitelerindeki kayıp, genellikle bilişsel bozuklukla uyum göstermez. Beklenenden çok daha iyi performansla sahip oldukları saptanır. Demans ise bilişsel bozukluk düzeyi ile uyumlu ve bilişsel bozulmayla paralel ilerleyen bir aktivite kaybı gözlenir.

Demans ve depresyon arasındaki bazı klinik farklar Tablo 1'de özetlenmiştir.

Ayırıcı Tanıda Bilişsel Değerlendirme

Demansın ilerlemesiyle bilişsel bozukluktaki artış sayesinde depresyon ve demans arasındaki ayrımı yapmak daha kolay hale gelmektedir. Ancak bu iki

klinik durumun erken evrelerinde bilişsel bozukluklar birbirine çok benzer ve ayırım yapmak son derece zordur. Tedaviye alınan yanıtta yola çıkarak ayırım yapmak olasıdır fakat yanıtı değerlendirmek için gerekli süre kimi kez oldukça uzundur ve olası bir demansın atlanması durumunda erken girişim şansı kaybedilmiş olur.

Ayrıntılı bilişsel testler, bu güne dek ayırımıda kullanılan kriterlerin bazı durumlarda yetersiz kaldığını göstermiştir. Örneğin; "Bilmiyorum" yanıtının demansta da depresyonda olduğu kadar sık verildiği bildirilmiştir (Young ve ark. 1985).

King ve arkadaşları yaptığı bir çalışma, depresyonda görülen bilişsel değişikliklerin, subkortikal demanslardakine benzer yönleri olduğunu ortaya koymuştur (King ve Caine 1990).

Bilişsel test çalışmalarında genellikle bellek üzerinde durulmuşsa da, farklı bilişsel parametreler üzerinde duran çalışmalar da yapılmıştır. Orta derecede demansı olan olgularla depresyonlu olguların karşılaştırıldığı bir çalışmada, depresiflerin bellek testlerinde daha az rastgele değişim gösteren yanıtlar verdikleri ve yanlış pozitif yanıtlarının daha az olduğu saptanmıştır (Whitehead 1973). Benzer bir çalışmada, tanıyarak hatırlamaya dayalı bellek testlerinde doğru yanıt oranının depresif hastalarda normal kontrollerle aynı düzeyde olduğu, demanslı hastalara oranla ise anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Miller ve Lewis 1977). Ayrıca ilerleyici demansı olan hastaların, depresyon hastalarına oranla epizodik ve semantik bellek testlerinde daha kötü sonuçlar aldıkları da bildirilmiştir (Niederehe 1986).

Depresyonu olan hastalarla normal kişilerin aslında aynı hızda unuttukları, fakat Alzheimer tipi demansı (ATD) olanlarda unutmanın daha hızlı gerçekleştiği de bildirilmiştir (Hart ve ark. 1987). ATD ve depresyon ayırımında hangi bilişsel alanlardaki bozuklukların prediktif özelliği olduğunun araştırıldığı bir çalışmada, ATD olanlarda zaman yönelimi (Temporal Orientation Test), görsel yapılandırma testleri (WAIS-R Block Design subtest) ve görsel bellek (Visual Retention Test) testlerinde bozukluk olduğu, depresyonu olan hastalarda ise bu testlerde bozulma saptanmadığı bildirilmiştir (Jones ve ark. 1992). Crowe ve arkadaşları

(1997), ATD olanlarda lisan, gnozis ve praksi testlerinde belirgin bozukluk olduğu halde, depresyonu olan hastalarda bu testlerde bozukluk saptanmamışlardır.

Ayırıcı Tanıda Radyolojik Görüntüleme

Depresyon ve demansın ayırıcı tanısında çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılabilir. Özellikle yapısal anormalliğin eşlik ettiği vasküler demans gibi demanslarda bilgisayarlı tomografi (BT) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) yöntemleri ayırıcı tanıda değerlidir. ATD dışındaki demans nedenleriyle depresyonun ayırıcı tanısı göreceli olarak daha kolaydır. Bu hastalıkların kendine özgü nöroradyolojik görüntüleri ayırıcı tanıyı daha olası kılar. Bu nedenle daha çok ATD ile depresyonun ayırıcı tanısı üzerinde durulmuştur.

O'Brien ve arkadaşları (1994), ATD'de MRG ile saptanan temporal lob atrofisinin, depresyonla ayırıcı tanıda önemli bir yeri olduğunu öne sürmüşlerdir. Aynı yazarlar benzer bir çalışmada ATD'de daha belirgin olan temporal lob atrofisinin yanı sıra, derin beyaz cevher lezyonlarının depresyonu olan hastalarda; periventriküler lezyonların ise ATD olanlarda anlamlı biçimde fazla olduğunu saptamışlardır (O'Brien ve ark. 1997). Geç başlangıçlı depresyon hastalarıyla ATD hastaları karşılaştırıldığında, her iki grupta da MRG ile genel bir atrofinin saptandığı fakat bu atrofik değişiklik paterninin ATD hastalarında depresyona oranla belirgin biçimde farklı olduğu bildirilmiştir (Pantel ve ark. 1997).

Tek foton emisyon tomografisi (SPECT) ile yapılan çalışmalar, bu yöntemin demans ile depresyonun ayırıcı tanısında tek başına yeterli olmadığını göstermektedir. Her demans tipinin beyin perfüzyon özelliği az çok saptanmışsa da, özellikle geç başlangıçlı depresyonda görülen değişikliklerin çoğu kez demansı taklit edebileceği görülmüştür (Curran ve ark. 1993). Geç başlangıçlı depresyonda, erken başlangıçlı depresyona oranla temporal perfüzyonda belirgin azalma olduğu gösterilmiştir. ATD'de ise temporopariyetal perfüzyondaki azalmanın her iki tür depresyona oranla daha fazla olduğu bildirilmiştir. ATD ile erken başlangıçlı depresyon arasındaki temporopariyetal perfüzyon farkının, ATD ile geç başlangıçlı depresyon arasındaki farktan daha fazla olduğu da vurgulanmıştır (Ebmeier ve ark. 1998).

Ayırıcı Tanıda Nörofizyolojik Yöntemler

EEG'nin ayırıcı tanıda yararlı olduğuna dair çalışmalar vardır. Depresyon ve demans arasındaki uyanıklık EEG'lerinin farklılığının yanı sıra, polisomnografik EEG çalışmalarıyla ortaya konulan farklılıklar da saptanmıştır.

Depresyonda görülen uyku değişiklikleri bilinmektedir. Uyku yeterince efektif değildir, gece uyanmaları fazladır ve uykunun 2. evresi kısalmıştır. ATD'de ise uyku daha az etkilenmiştir. Geç başlangıçlı depresyonda REM latansında kısalma, REM yoğunluğunda artış ve uyku başlangıcındaki REM periyodlarında artış olduğu saptanmış, ATD hastalarında ise REM yoğunluğunun azaldığı görülmüştür (Dykierak ve ark. 1998). Bazı çalışmalarda buna ek olarak ATD hastalarında REM uykusunun belirgin olarak azaldığı, özellikle ilk REM periyodu yoğunluğunun azaldığı saptanmış ve bu parametrelerin ayırıcı tanıda yararlı olabileceği öne sürülmüştür (Bahro ve ark. 1993).

Ayırıcı tanıda uyarılmış potansiyellerin yeri konusunda çeşitli çalışmalar vardır fakat sonuçlar daha çok yıkım görülen bilişsel alanla bağlantılı olarak değişmektedir. Bu konuda daha kesin ve tutarlı verilere gereksinim vardır.

Sonuç

Yukarıda aktarmaya çalıştığımız tüm bilgiler, depresyon ve demansı ayrı birer klinik durum olarak kabul edip, ayırıcı tanıya yardımcı olmayı hedefler. Halbuki günlük klinik uygulamada depresyon ve demans iç içe bulunan tablolarıdır. Yaşlılarda DSM-IV veya ICD-10 kriterlerine göre tanımlanan major depresyon çok nadiren tek başına, "temiz" bir klinik durum olarak görülür. Semptomatoloji genellikle yaşa bağlı sosyal, psikolojik ve biyolojik faktörlerle kontamine olur. Yaşa bağlı olarak gelişen ve bugün "Mild Cognitive Impairment (MCI)" olarak adlandırılan durum da göz önüne alınırsa aslında uğraşılan konunun ne kadar karmaşık yapıya sahip olduğu anlaşılır.

Alexopoulos (1993) bilişsel yıkımı olmayan normal yaşlılarda 1 yıl içinde demans gelişme olasılığının %4 oranında olduğunu bildirmiştir. Ancak depresyona bağlı geri dönüşlü demans tanısı alan hastalarda demans gelişme oranı %43, sadece depresyonu olanlarda ise %12 olarak bulunmuştur. Bu durum, psödodemans tanısı alanlarda depresyon gelişme riskinin oldukça yüksek olduğunu gösterir. Yine bu bilgiyle bağlantılı olarak, depresyon tedavisi almış olan bazı hastalarda tedavi sonrasında da bilişsel kayıpların kısmen sürdüğü bildirilmiştir. Uzun dönem izlem çalışmaları, psödodemans tanısı alan hastalardaki kalıcı demans gelişimini, izlem süresinin uzunluğuna göre %9-25 olarak bildirmektedir (Kral ve Emery 1989).

Söz konusu klinik durum saf bir depresyon mudur? Yoksa yaşa bağlı bilişsel gerilemeyle kontamine olmuş başka bir tablo mu söz konusudur? Erken dönemde ve depresif bulguları da içeren bir demans tablosu mu gelişmektedir? Aslında saptanan durum, demans tablosu ve komorbid depresyon mudur? Yoksa sadece demansın yarattığı biyolojik hasar sonucu görülür hale gelen depresif semptomlar ve bunların bilişsel etkileri midir?

Bu sorulara henüz yanıt verilmemiştir. Ayrıca depresyon ve demansın etyopatogenezinin henüz çok açık olmadığı unutulmaması gerekir. Normal bilişsel yetilerin yaşla değişimi ise üzerinde hala çalışılan, oldukça yol kat edilmiş fakat soru işaretleri bol olan ayrı bir konudur.

İki klinik durumun birbiriyle ilişkileri bu kadar karışık olunca, ister istemez ayırıcı tanıya ulaşmak da zorlaşmaktadır. Ayırıcı tanıda tek bir yöntem kullanarak doğru sonuca ulaşmak mümkün görünmemektedir. Yukarıda sözü edilen yöntemlerin birlikte kullanılması ve kesitsel tanı yerine, yeterli süre izlem ile tanının netleştirilmesi kanımızca en uygun seçenektir.

KAYNAKLAR

Alexopoulos GS (1993) The course of geriatric depression with reversible dementia; a controlled study. *Am J Psychiatry*, 150(11):1993-1699.

Bahro M, Riemann D, Stadtmuller G ve ark. (1993) REM sleep parameters in the discrimination of probable ATD's disease from old-age depression. *Biol Psychiatry*, 34(7):482-486.

Bouchard RW, Rossor MN (1996) Typical clinical features. Clinical diagnosis and management of ATD's disease, S Gauthier (Ed), London, Martin Dunitz, s.35-50.

Bulbena A, Berrios G (1996) Pseudodementia: facts and figures. *Br J Psychiatry*, 148:87-94.

- Crowe SF, Dingjan P, Helme R (1997) The neurocognitive basis of word finding difficulty in ATD's disease. *Australian Psychologist*, 32:114-119.
- Curran SM, Murray CM, Van Beck M (1993) A single photon emission tomography of regional brain function in elderly patients with major depression and with ATD type dementia. *Br J Psychiatry*, 163:155-165.
- Dykierek P, Stadtmuller G, Schramm P ve ark. (1998) The value of REM sleep parameters in differentiating ATD's disease from old-age depression and normal aging. *J Psychiatr Res*, 32(1):1-9.
- Ebmeier KP, Glabus MF, Prentice N ve ark. (1998) A voxel-based analysis of cerebral brain perfusion in dementia and depression of old age. *Neuroimage*, 7(3):199-208.
- Hart RP, Kwentus JA, Taylor JR ve ark. (1987) Rate of forgetting in dementia and depression. *J Consult Clin Psychol*, 55: 101-105.
- Jones RD, Tranel D, Benton A ve ark. (1992) Differentiating dementia from "pseudodementia" early in the clinical course: utility of neuropsychological tests. *Neuropsychology*, 6:13-21.
- King, DA, Caine ED (1990) Depression. *Subcortical Dementia*, JL Cummings (Ed), New York, Oxford University Press, s. 218-230.
- Kral VA, Emery OB (1989) Long-term follow-up of depressive pseudodementia of the aged. *Can J Psychiatry*, 149(2):445-456.
- Miller E, Lewis P (1977) Recognition memory in elderly patients with depression and dementia: a signal detection analysis. *J Abnorm Psychol*, 86:84-86.
- Niederehe G (1986) Depression and memory impairment in the aged. *Handbook for clinical memory assessment of older adults*. L Poon (Ed), Washington DC, American Psychological Association, s. 226-237.
- O'Brien JT, Desmond P, Ames D ve ark. (1994) The differentiation of depression from dementia by temporal lobe magnetic resonance imaging. *Psychol Med*, 24(3):633-640.
- O'Brien JT, Desmond P, Ames D ve ark. (1997) A magnetic resonance imaging study of white matter lesions in depression and ATD's disease. *Br J Psychiatry*, 168(4):477-485.
- Pantel J, Schroder J, Essig M ve ark. (1997) Quantitative magnetic resonance imaging in geriatric depression and primary degenerative dementia. *J Affect Disord*, 42:69-83.
- Rabins P, Merchant A, Nestadt G (1984) Criteria for diagnosing reversible dementia caused by depression: validation by 2-year follow-up. *Br J Psychiatry*, 144:488-492.
- Wells CE (1979) Pseudodementia. *Am J Psychiatry*, 136:895-900.
- Whitehead A (1973) Verbal learning and memory in elderly depressives. *Br J Psychiatry*, 123:203-208.
- Young RC, Manley MW, Alexopoulos GS (1985) "I don't know" responses in elderly depressives and in dementia. *J Am Geriatr Soc*, 33:253-257.