
Demansın Psikolojik Değerlendirmesi

Prof. Dr. Birsen CEYHUN*

Demans hastalığına bağlı bilişsel veya davranışsal sorunları olan yaşlı hastaları diğer nörolojik durumlardan veya bir psikiyatrik bozukluktan ayırmanın çok zor olması birçok klinisyeni, bunlarda işe yaradığı düşünölen gözlemsel şemaları sistematize etmeye yöneltmiştir. Araçların çoğu bu ayırıcı tanı sorununa yardımcı olmak için geliştirilmiştir.

Demans tanısı konulması amacıyla oluşturulmuş ölçek ve envanterler yönelim maddelerini içerirler. Çünkü bu test işlevleri daha genel demans süreçlerine örneğin hem yakın, hem de uzak bellek bozukluğına ve dikkatin bazı yönlerine duyarlıdır. Araçların çoğundan elde edilen bilgilerin birleşimi ile tanısal doğruluk artırılabilir.

"Organik ruhsal durum" değerlendirmesi amacıyla Kochansky (1979) 13 ölçek tanımlamıştır. Bundan sonra literatürde birçok ölçek tanımlanmıştır. Ölçeklerin çoğu sadece hastaya sorulan ruhsal durumu belirlemeye yönelik soruları içermektedir. Birkaç ölçek bu tür soruları gözlemsel derecelendirmelerle birleştirir. Dięerleri sadece deneyci gözlemleri veya raporlarına dayanır. Burada demans tanısı konulmasında kullanılan ölçekler verilecektir.

Demans için Bilişsel Skalalar (Christensen ve ark. 1990, 1991a, b)

Alzheimer hastalığında ayırıcı tanı yapmanın yanı sıra işlev bozukluğunun düzeyi ve ayırt edilmesi gereksinime karşı 6 ölçekten oluşan set geliştirilmiştir. Hafif ve orta düzeylerde bozulması olan bireylere ve normal yaşlı insanlara uygulanabilen bir testtir. Her bir ölçek klasik test oluşturma kuramına göre geliştirilmiş ve zorluk derecelerine göre sıralanmıştır. Ölçeklerin her biri 48 ile 122 madde içermektedir. Kelime, sözel yargılama, görsel uzaysal yargılama, sözel bellek ve nesne belleği. Maddelerin hepsi 4 seçenekli bir formattadır. Her bir ölçek için deneyici birçok başlama noktasından hangisinin uygun olduğuna karar verir ve birbirini izleyen 8 maddeden altısında başarısızlık olduğunda testi keser. Test en fazla 2 saat sürebilir. Bu teknik genellikle taban düzeyini düşük tutar.

Bilişsel Yeterlik Testi (Wang ve Ennis 1986)

Genelde beyin hasarlı hastalarda yeterliği ölçmeye çok uygun olan bu ölçek 50-93 yaş arasında küçük bir örnekleme (n:50) üzerinde geçerliği saptanmış ve yaşlı hastalar için düzenlenmiş bir testtir. Sekiz testin her biri için kesme puanları belirlenmiştir. Testler ayrı ayrı da kullanılabilir. Testler şunlardır:

1. Kişisel bilgi: Ruhsal durum muayenesi ile aynı alanları kapsar, ancak deneyeğin bir banka hesabı

* Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KIRIKKALE

açarken kullandığı bir başvuru tipi üzerinde bilgiyi yazması gerekir.

2. Kart Düzenleme: Resim düzenlemenin çok kolay bir formudur. Birey burada telefonla ödeme yapmak ya da çamaşır yıkamak gibi pratik aktivitelerin sırasını yazmalıdır.

3. Resim yorumlama: Hastadan beş resimden oluşan her bir sette ne olduğunu anlatması istenir. Bunların çoğu diğer testlerde gösterilen resimlere benzerdir. Örneğin elinde bir hediyeye bir kapı önünde duran küçük bir kız ve kapının yanındaki pencerede görülen bir yılbaşı ağacı.

4a ve 4b bir randevunun zamanı ve yeri, kısa bir alışveriş listesi gibi günlük bellek görevlerini içeren bellek maddelerinin anlık ve gecikmiş hatırlanmasıdır.

5. Pratik okuma becerileri deneğe çeşitli seçenekler sunulur ve uygun yanıtları işaretlemesi istenir. Örneğin kapıların üstünde "banyo", "depo" gibi yazılar vardır bu kapılardan hangisinin banyo olduğunu işaretlemesi istenir.

6. Mali durumun düzenlenmesi (Paranın idare edilmesi). Denek parayla ilişkili on maddeyi içerik sıralarına göre yapar. Örneğin bankada kaç para kaldığını hesaplama, kredi kartı uygulamasını tanımlama, bir faturayı çekle ödeme gibi.

7. Sözel yargılamada genel güvenlik, kişisel bakım ve zamanı kullanma gibi konularla ilgili pratik sorular sorulur.

8. Bir yolu öğrenme ve yön bildirme: Kasabaların küçük haritalarını ve rotaları kullanmayı içeren birçok görevleri içerir.

Bilişsel Kapasite Tarama Muayenesi (CCSE) (Jacobs ve ark. 1977)

Bu ölçek organik beyin sendromu olan hastaların teşhis edilmesi için geliştirilmiştir. 30 maddeden 5'i yönelimle ilgili sorulardır. 11'i bellek uzamı ve zihinsel yol ile (bunların 6'sı 2. ve 7. seride, 10'dan 7'nin çıkarılmasıdır) ilgilenir, 3'ü kolay aritmetik sorularıdır (örneğin $9+3=$), 6'sı bellek maddeleridir. Bunların ikisi Peterson-Brown tipi bir bozucu etkiyi izleyen çok kısa süreli hatırlamadır. Peterson-Brown dört kelimededen oluşan bir serinin her birinin bir çok bozucu işlemden sonra hatırlanmasının ayrı bir madde olarak puanlanmasıdır. Araya giren bu bozucu işlemler beş tane çok kolay farklılıklar (örneğin yukarıdan tersi)

veya benzerlikler (örneğin kırmızı ile mavi her ikisi de.....) dir. Psikiyatrik konsültasyona gönderilen medikal hastalar, psikiyatri kliniklerinde yatan hastalar, 25 hastane personeli ve bir seri medikal hastadan elde edilen puanlara dayanarak yazarlar kesim noktası olarak 20'yi belirlemişlerdir ve 19 veya altındaki puanlar bilişsel bir işlev bozukluğunu göstermektedir.

Bu ölçeğin medikal, nörolojik, psikiyatrik ve beyin cerrahi hastalarında kullanımı yanlış pozitif puanların görece olarak nadir olduğunu ve işitme veya dili kavrama yıkımları veya mental retardasyon ile bağlantılı olduğunu göstermiştir.

Kısa Bilişsel Dereceleme Ölçeği (BCRS) (Reisberg ve ark. 1982)

Bu iki bölümlük ölçek hem ruhsal durum sorularının yanıtlarının, hem de yapılandırılmış diğer bir değerlendirme görüşmesi için gözlenen niteliksel özelliklerin derecelendirmelerini sağlar. Mümkün olduğunda hastanın kendi bildirimleri doğru olmadığında daha gerçekçi bilgi almak için bir eş veya bakım veren kişi ile görüşme yapılır. İlk bölüm beş "eksen"den oluşur, her biri yedi düzeyde tanımlayıcıya sahiptir (objektif ya da subjektif yıkım kanıtı yok'tan şiddetli bir bozulmanın olduğuna kadar).

1. Konsantrasyon ve hesap yeteneği,
2. Yakın bellek,
3. Uzak bellek,
4. Yönelim,
5. İşlevsellik ve kendine bakım.

İkinci bölüm "Dil, Motor ve Duygudurum Bileşenleri" yine üç eksen için adlandırılır ve yedi düzeyli bir tanımlamaya sahiptir. En yüksekte "bu alanda subjektif veya objektif sorunların olmasından, en düşük düzeyde söz konusu işlevleri yerine getirememeye" kadar değişir. Bu üç işlevsel alanla ayrı ayrı ilgilenilir. Çünkü yazarlar bunların Alzheimer hastalığında hastalığın ilerlemesi ile ilk beş eksenindeki işlevler gibi düzenli olarak bağlantılı olduğunu düşünmezler. 1-2 puan sağlıklı işlevselliği 4-6 orta, şiddetli demansı gösterir. Bu beş eksen puanları 7 puanlık bir "Global Kötüleşme Skalası" (GDS) üzerinde yorumlanabilir. Burada her bir puan düzeyi eksen puanı düzeyleri ile aynı şiddet derecesini gösterir.

Şiddetli Bozulma Bataryası (SIB) (Saxton ve Swihart 1989)

Bu batarya daha büyük bozulmanın olduğu alanların incelenmesi ve en düşük düzeylerdeki rezidüel bilişsel işlevlerin dökümünün sağlanması için gerçekleştirilmiştir. Bir seri bir basamaklı sorudan oluşur ve yönergelere uygun olan yerde mimikler eşlik eder. Uygulama en fazla 20 dakika sürer.

Testin 9 alt ölçeği vardır. Her biri toplam bir alt ölçek puanı alır. Sosyal etkileşim (örneğin el sıkma), yönelim (zaman, kişi, yer), görsel uzaysal yetenek (örneğin renkleri resimleri eşleme), yapılandırma yeteneği (örneğin çizme kopyalama), dil (örneğin basit okuma yazma, adlandırma), bellek (örneğin deneycinin adı, nesne, cümle hatırlama), dikkat (örneğin sayı dizisi, vuruşları sayma), isim yönelimi ve praksi (fincan ve kaşık kullanımı).

İlk uyarılama grubu olası Alzheimer hastalığı için kabul edilen ölçütleri karşılayan mini mental durum puanları 13 ve altında olan ve ortalama hastalık süresi 5.7 olan demans hastalarından oluşmuştur. Alt ölçekler için değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayıları .87-1.00 aralığındadır. Ortalama iki hafta ara ile test tekrar test korelasyonu .85 olarak saptanmıştır ancak alt ölçek korelasyon ranjı .22 ile .87 arasında değişmektedir.

Demans Derecelendirme Ölçeği (DRS) (Mattis 1976, 1988)

Yaygın kullanımı olan bu ölçek Alzheimer tipi senil demansa karakterize davranışsal değişikliklere duyarlı beş alanı inceler. Kapsanan beş alan:

1. Dikkat: (4'e kadar ve geriye doğru sayılar) bunu iki yönerge (emir) izler. Örneğin ağzını aç ve gözlerini kapa.
2. Girişim ve perseverasyon: Örneğin süpermarkette dergi isimleri, bir heceli uyakların tekrarlanması, çift elle değişimli el hareketlerinin yapılması, değişen bir O'lar ve X'ler sırasının kopya edilmesi.
3. Yapılandırma: Örneğin bir kare içine üçgen çizilmesi, bir seri paralel çizgilerin çizilmesi, isim yazma.
4. Kavramsal: Örneğin 4 tane WAIS (Wechsler Yetişkinler için Zeka Testi) türü benzerlikler maddeleri, üç maddeden hangisinin farklı olduğunu

söylemek

5. Bellek: Örneğin 5 kelimeli cümlenin gecikmiş olarak hatırlanması, kişisel yönelim, desen hatırlama. Puanlama sistemi hem alt ölçekler, hem de toplam puanın test tekrar test karşılaştırmasına izin verir.

Bu ölçeğin ilginç bir yönü maddelerin kolaydan zora doğru verilmesi yerine zordan kolayca doğru sıralanmasıdır. En zor madde ilk önce verilir. DSR'deki en zor maddeler birçok sağlıklı yaşlı hastaların kapasiteleri içinde olduğundan bu özellik zaman kazandırıcı olabilir. Sağlıklı bir denek DRS'nin kavramlaştırma bölümünün ilk alt testinde (benzerlikler) üç soyut yanıt vermek zorundadır. Böylece bölümdeki diğer 26 madde atlanacaktır. Ancak Mattis demanslı hastaların incelenmesinin 30-45 dakika sürebileceğini belirtir.

Test Özellikleri: Orta derecede demanslı olan hastalar için yaş etkisi bildirilirken hafif vakalar için olmadığı bildirilmiştir. Kadın hastalar, erkeklerden daha yüksek puan alırlar ancak bütün standart sapmalar bu eğilimi engellemiştir. Yüksek düzeyde içrel güvenilirlik bildirilmiştir. "Olası Alzheimer hastalığı" ölçütlerini karşılayan ayaktan hastaları içeren faktör analizinde üç faktör ortaya çıkmıştır. Bunlar: 1. Kavramlaştırma, 2. Yapılandırma ve 3. Bellek. Çalışmacılar tarama amacıyla kullanım için bu üç faktör yapısı artı sözel akıcılık maddelerinin çıkarılmasına dayanan bir puanlama sistemi önermektedir.

Nöropsikolojik Bulgular: Toplam puan Alzheimer hastalarını (Kaszniak ve ark. 1986) hafif düzeyde bozulmuş hastalardan ve kontrol deneklerinden tam bir doğrulukla ayırt etmektedir. Hem toplam puanlar, hem de alt ölçek puanları işlevsel düzey ile pozitif ilişkilidir (Teri ve ark. 1989). Ancak Teri ve grubu DRS ve Alzheimer hastalarında görülen davranış sorunları arasında bir ilişki bulamamıştır (Nadler ve ark. 1993).

Alt ölçekler farklı nöropatolojik durumlara farklı biçimlerde duyarlıdır. Dikkat ve kavram oluşturma alt ölçekleri sadece hafif ve orta düzeyde bozulmuş hastaları ayırt etmiştir. Diğer üç alt ölçek ise kontrol denekleri ve hafif düzeyde bozulmuş hastaları anlamlı ölçüde ayırt etmiştir (Vitaliano ve ark. 1984). Hochberg ve arkadaşları (1989) girişim ve perseverasyon alt ölçeğinin Alzheimer hastalığının düzeyine olan yüksek

derecedeki duyarlılığının büyük ölçüde sözel akıcılığa dayandığını ve bunun hastaların kendine bakım davranışını yordamadaki varyansının %78'i oluşturduğunu bulgulamıştır. Sözel taklit etme eklendiğinde varyans miktarı %92'ye ulaşmıştır. Alzheimer ve Huntington hastaları arasındaki karşılaştırmalarda farklı alt ölçek örüntüleri ortaya çıkmıştır. Birinci grup girişim ve perseverasyon alt ölçeklerinde daha iyi performans göstermiştir. İkinci grup ise bellek alt ölçeğinde daha iyi puan almıştır (Salmon ve ark. 1989). Frontal hasarı olan hastalarda sadece girişim ve perseverasyon alt ölçekleri bozuk iken Korsakoff hastaları tahmin edildiği gibi bellek alt ölçeğinde kötü performans göstermiştir (Janowsky ve ark. 1989).

Demans için Genişletilmiş Ölçek (ESD) (Hersch 1979)

DRS'nin bu gözden geçirilmiş formu yönelim maddesini zaman, yer ve yaşın ayrı ayrı puanlanacağı biçimde bölmüştür ve bazı maddeler eklenmiştir. "Bilgi" (bir yılda kaç hafta [ay] vardır?), "geriye doğru sayma" ve "3'er 3'er sayma", basit aritmetik, basit bir çiftler halinde öğrenme testi. Çocuklar için Wechsler Zeka Testi'nden alınan "küplerle desen'in" basit bir formu ve orijinal testin iki maddesi, toplam 23 maddeden oluşmaktadır (Hersch 1979). Erkekler ve kadınlar için puanlama farklı değildir. Altı haftadan sonra 24 demans hastası için test tekrar test korelasyonları .94 olarak bulunmuştur. Altı aylık dönemde hem Alzheimer, hem de multi infarkt demans hasta grupları gruplar küçük olsa da anlamlı ölçüde puan düşmeleri göstermiştir. Bu ölçek demans hastaları ve yaşlı şizofrenleri etkili biçimde ayırt etmektedir. Ancak 65 yaş ve üstü yaş grubunda demanslı ve normal kontrol deneklerinde duyarlılık %93 iken, 65 yaşın altında %75'e düşmüştür (Lau ve ark. 1988).

Ruhsal Durum Soru Listesi (MSQ) (Kahn ve Miller 1978)

On sorudan oluşan bu listede 5 soru yönelim, yer ve zamanla ilgilidir. Beş sorudan 3'ü "genel bilgi soruları", kişisel yönelimi (yaş, doğum yılı ve ayı) içermektedir. Diğer ikisi şu anda ve yakın geçmişteki başkanlarının isimlerinin hatırlanmasına yöneliktir. Her yanlış 1 puan alır, 10 maksimum puandır. Yazarların derecelendirme puanları; 0-2 arası hata hafif beyin disfonksiyonu ve

beyin disfonksiyonunun hiç olmaması, 3-8 arası hata, orta düzeyde disfonksiyonu, 9-10 hata şiddetli disfonksiyonu yansıtır.

Bu soru listesi orta düzeyden ağır derecede bozulmuş hastaları ve sağlıklı denekleri teşhis etmede çok doğru ancak orta düzeyde bozukluğu olan hastalarda yüksek oranlarda yanlış negatif sonuçlar verir (Fillenbaum 1980, Kaszniak ve ark. 1986). Maddelerin regresyon analizi tüm 10 maddenin varyansın %46'sını açıkladığını ve sadece iki maddede varyansın %4'ünü açıkladığını göstermektedir. Bu iki madde: doğum tarihi ve daha önceki başkanın adıdır. Fillenbaum (1980) bu iki maddenin tek başına gerçek bir kısa tarama tekniği olarak yeterli olabileceğini öngörmektedir.

Kısa Mental Durum İncelenmesi (MMS) (Folstein ve ark. 1975)

MMS ya tek başına ya da muayene protokollerinin bir birleşimi olarak demansta en yaygın kullanılan kısa tarama aracıdır. 11 maddesi vardır. Sınırlı bir bilişsel işlevler setini basit ve çabuk biçimde test eder. Uygulama 5-10 dakika alır. Standart uygulama ve puanlama işlemleri kolayca öğrenilir. 24'ün altındaki puanlar demans için anormal olarak düşünülür ancak belirli bazı durumlar için daha yüksek kesme puanları önerilmektedir (örneğin multipl skleroz, hastaları için 27, iyi eğitilmiş Alzheimer hastaları için 25). Bleecker ve arkadaşları (1988) 40-49 yaş ranjı için 29, 50-79 yaş ranjı için 28 ve 80-89 yaş ranjı için 26 kesme puanı ile en düşük çeyreğin tanımlanmasını önermişlerdir.

Test Özellikleri: İleri yaş ve düşük eğitim genel medikal hastalarda düşük MMS puanları ile bağlantılıdır. İstisnai olarak Auerbach ve Faibish (1989) 56 medikal hastadan 6'sında düzenli ilişki olmadığını saptamıştır. Eğitim düzeyi, Alzheimer hastalarının aldığı görece düşük puanlarla korelasyon göstermemiştir (Giordani ve ark. 1990). Ancak 24 kesme puanı 50-89 yaş aralığında sağlıklı denekler tarafından alınan en düşük puandır, 141 kişiden sadece 4'ü (%3) 26'nın altında puan almıştır (Cullum ve ark. 1991). Afrikalı Amerikalılar beyazlara oranla daha fazla yanlış pozitif puan alma riskine sahiptirler, kadınlarda olduğu gibi. Okur yazar olmayanlar çalışmadan çıkarıldığında Salmon ve arkadaşları (1989) Finlandiyalı ve Çinli yaşlı gruplar için toplam

puan dağılımlarının çok benzer olduğunu saptamıştır. Bu araştırmacılar MMS'nin sadece küçük kültürel veya dil düzenlemeleri ile yaygın biçimde kullanılabilmesini öngörmektedir. MMS puanları depresyon şiddeti ile bağlantılı değildir ancak 65 yaş ve üstündeki hastalar arasında Beck Depresyon Envanteri'ndeki puanlarda düşme eğilimi vardır.

Orijinal uyarılma çalışmasında 24 saatlik test tekrar test güvenilirliği yüksektir. Deneyci aynı olduğunda .89, farklı olduğunda .83'tür (Folstein ve ark. 1975). Dick ve arkadaşları (1984) bir grup nörolojik hastada daha yüksek korelasyon katsayıları elde etmiştir. Puan dağılımları eğri biçimdedir ayrıca parametrik olmayan korelasyonlar oluşturulmuştur. Aynı ve farklı deneyiciler için sırasıyla .65 ve .65 katsayıları elde etmişlerdir. Faktör analitik çalışmalara başka testler de dahil edildiğinde 3 faktör ortaya çıkmıştır. Bunlar sözel işlevler, bellek yetenekleri ve yapılandırmayı içermektedir (Giordani ve ark. 1990). MMS ve Blessed Demans Ölçeği maddeleri ile bağlantılı faktörler için yapılan araştırmada iki faktör ortaya çıkarılmıştır: bellek/dikkat ve sözel/kavrama (Zillmer ve ark. 1990).

MMS orta veya daha büyük yıkımı olan hastaları kontrol deneklerinden ayırt etmede çok etkilidir (Filley ve ark. 1989) Hafif düzeyde demanslı hastaları normal deneklerden (Galasko ve ark. 1990) bilişsel yıkımı olan medikal hastaları (Anthony ve ark. 1982) veya fokal ya da lateralize lezyonları olanları (Dick ve ark. 1984) ayırt etmede çok az başarılıdır. Demanslı hastalarda ilerleyen kötüleşmeye duyarlıdır (Morris ve ark. 1989).

Madde analizleri üç kelime çağrışımının demansa en duyarlı olduğunu göstermektedir (Galasko ve ark. 1990). Galasko çalışmasındaki hastalar en fazla başarısızlıklarının ikincisi tarih yöneline sahiptir, Teng grubu çizim görevini ikinci en zor görev olarak bildirmiştir, demanslı hastaların sadece %3'ünün her iki maddeyi de geçtiği saptanmıştır. Bu araştırma grupları iki maddelik bir taramanın 3 kelime çağrışımı ve onların ikinci en duyarlı maddesini kullanarak yeterli olabileceğini öngörmektedir. Galasko grubu WORLD (DÜNYA) kelimesinin geriye doğru hecelenmesinin ve 7 serilerinin birbirinin yerine geçmeyen görevler olduğunu bulgulamıştır ve

bunların her ikisinin "ayların geriye doğru sayılmasının" koyulması ile değiştirilebileceğini öngörmektedir. Ayrıca MMS'nin sözel yıkımlara yetersiz düzeyde duyarlı olduğunu saptamış ve bütün olarak teste sözel akıcılık maddelerinin eklenmesini önermiştir (Tombaugh ve McIntyre 1992).

Kısa Taşınabilir Ruhsal Durum Soru Listesi (SPMSQ) (Pfeiffer 1975)

Başka bir on soruluk, on noktalı testtir. Yedi soru yönelimini içerir (örneğin tarih, yer, annenin genç kızlık soyadı). İki soru şimdiki ve geçmiş başkanların adını sormaktadır. Son sorular konsantrasyon ve seri halinde üçer üçer zihinsel sıralama yapmaktır. Toplum içinde bulunan 1000 yaşlı insandan oluşan bir örnekleme dayanarak sağlıklı denekler ve bozukluk şiddetinin üç derecesi arasında ayırım yapmak için ölçütler hem ırkı, hem de eğitimi dikkate almaktadır. 65-69 ve 85-89 yaşları arasında toplum içinde bulunan denekler için ortalama doğru sayısı 7.8'den 6.05'e düşmüştür.

İki küçük yaşlı kontrol grubu için test tekrar test güvenilirliği .82 ve .83'dir (Pfeiffer 1975)

Bu inceleme tekniğinin işlevsel tanımlara sahip yaşlı psikiyatrik hastaları ortadan şiddetliye organik ruhsal bozuklukları olan hastalardan ayırmada (Wolber ve ark. 1984) ve hem yatan hastalarda, hem de ayaktan hastalarda ortadan şiddetliye bilişsel disfonksiyonu teşhis etmede (Pfeiffer 1975) etkili olduğu kanıtlanmıştır. Ancak SPMSQ bakım evinde kalan yaşlı hastalarda işlevsel yeterliğe duyarlı değildir. Günlük yaşam görevlerini hala bağımsız biçime yerine getirebilen bazı hastaları ağır derecede bozulmuş olarak değerlendirmiştir (Winograd 1984).

Bilişsel Durum için Telefon Görüşmesi (TICS) (Brandt ve ark. 1988)

Klinikte görülen hastalar veya araştırma nedenleriyle, izlem amacıyla daha sonra yapılacak muayeneler için çağırılmış hastalardan geliştirilmiştir. MMS'nin maddelerinden ikisini kapsar; diğer dokuzu TICS'ye özgüdür. Üç madde yönelimi içerir; ikisi zihinsel sıralama görevleridir. 10 kelimenin hemen hatırlanması incelenir ancak gecikmiş hatırlama incelenmez. Altı bilgi sorusu (dördü bir maddede, ikisi diğer maddede) şu andaki başkanın ve yardımcısının adının sorul-

masını içerir. Bir madde iki telafuz etme görevini içermektedir. Biri birbirinin zıtları olan kelimeleri sorar ("batı'nın zıddı, "cömert'in zıddı). Maksimum puan 41'dir.

Bu test hem normal deneklere, hem de daha önce Alzheimer tanısı konulmuş ve MMS'den en az 20 puan alan hastalara verilmiştir. Hastaların eğitimleri TICS puanları ile küçük bir korelasyon göstermiştir ancak kontrol deneklerinde eğitim bir sorun olmamıştır. Test tekrar test güvenilirlikleri (1 ile 6 hafta sonra) Alzheimer hastaları için .96'dır. Hasta puanları 0-31, kontrollerin hepsi 32-39 puan aralığındadır, kesme puanı 30'dur sadece bir hasta yanlış sınıflandırılmıştır. TICS puanları yakın zamanda verilen MMS puanları ile yüksek düzeyde korelasyon göstermiştir. Bu örneklem dikkatle seçildiğinden yazarlar bunun daha doğal klinik ortamlarda aynı ayırt edici güce sahip olmayabileceğini düşünmektedirler.

RUHSAL DURUM VE GÖZLEMCİ DERECELEME ÖLÇEK BİRLEŞİMLERİ

Bazı değerlendirme araçları hem ruhsal muayene, hem de standart bir dereceleme formatını içerirler. Diğer araçlarda bu iki tür muayene yaklaşımları ayrı bölümlerde verilmektedir. Öte yandan yapılandırılmış hasta görüşmeleri hastayı izleyen kişiye gözlemlerini kaydederken spesifik bilişsel işlevleri de değerlendirme fırsatı sağlayabilir.

Alzheimer Hastalığı Değerlendirme Ölçeği (ADAS) (Rosen ve ark. 1984)

Bu 21 maddelik ölçek bir ruhsal durum muayenesi (1-11 maddeler) ve davranış dereceleme ölçeğini (12-21 maddeler) birleştirmektedir. Ruhsal durum soruları dil yeteneği (hem test, hem de derecelendirme maddeleri aracılığıyla konuşma ve kavramının değerlendirilmesi) bellek (yönergeleri hatırlama, kelime listesi, hatırlama ve tanıma) yapılandırma praksi (geometrik şekilleri kopyalama), düşünsel praksi (kendine göndermek için bir zarf hazırlama) ve yönelim. İşlevsel bozukluğun şiddetini yüksek puanlar gösterir. Çoğu maddeler 1-5 derecelik bir ölçek üzerinde puanlanır, çok azı daha kısa veya daha uzun puan aralığına sahiptir.

Bir aylık arayla test tekrar test güvenirliliği Alzheimer hastaları için .51-1.0 arasındadır. Bilişsel davranış bölümü için hatırlama ve tanıma

maddeleri hariç değerlendiriciler arası güvenirlilik .989 ve test tekrar test güvenirlilik .915 olarak bildirilmiştir. Bilişsel olmayan davranış alt ölçeği için değerlendiriciler arası güvenirlilik de yüksektir (.947), ancak test tekrar test .588'e düşmüştür. Geçerlik Blessed demans ölçeğinin iki bölümü ile korelasyon göstermiştir. Korelasyon aralığı .24-.77 arasında değişmektedir. Ayrıca 15 Alzheimer hastası ile 15 normal yaşlı deneye etkili biçimde ayırt etmektedir (Rosen 1984). Küçük bir Alzheimer hasta grubu 12 ve 18 aylık tekrar testlerde her bir ölçekte tutarlı biçimde yüksek puanlar elde etmiştir ancak normal yaşlı hastaların puanları temel olarak değişmemiştir (Rosen 1986).

Blessed Demans Ölçeği (BDS) (Blessed ve ark. 1968)

İki bölümlü bir ölçektir. "Demans ölçeği" olarak adlandırılır ancak birçok kullanıcı diğer benzer biçimde adlandırılan araçlarla karışmasından kaçınmak için yazarın adını da eklemişlerdir. Dereceleme ölçeği bilgi verenlerce bildirilen işlevsel davranış değişikliklerini kaydeder. BDS'nin ikinci bölümü Bilgi-Bellek Konsantrasyon Testi (IMCT) çok kullanılan ruhsal durum sorularının çoğundan oluşur. Altı maddelik ruhsal durum testi IMCT'den alınmıştır. Genellikle Blessed adını taşır. Üç aracın tümü geniş kullanıma sahiptir, ancak dereceleme ölçeği ve ruhsal durum testlerinden biri zaman zaman burada kullanılmaktadır.

Blessed Dereceleme Ölçeği (BRS)

Bu ölçek literatürde "Demans Puanı" (Hachinski ve ark. 1975) "Demans Dereceleme Ölçeği (DRS) (Eastwood ve ark. 1983), "Blessed Demans Dereceleme Ölçeğinin (BDRS) Birinci Bölümü (Stern ve ark. 1987) ve Blessed Demans Ölçeği (BDS) (Morris ve ark. 1988) olarak adlandırılır. Burada Blessed Demans Dereceleme Ölçeği adı kullanılacaktır. Test hastaların günlük çevreleri ile ne kadar iyi geçindiklerini göstermektedir .

Hasta bilgisi genellikle aileden veya bakım verenlerden alınmaktadır, bu bilgiler tıbbi kayıtlarda kullanılabilir. Bazı maddelerde yanıtlar çok bozuk bir durum için olası toplam 28 puana göre derecelendirilir. 4'ten düşük puan alan bireyler bozukluğu olmayan kişiler olarak değerlendirilir. 4-9 hafif düzeyde bozulmayı gösterir. 10 ve üstü

puanlar ortadan şiddete değişen bir bozukluk aralığını göstermektedir (Eastwood ve ark. 1983).

BRS kullanılarak iki muayene zamanının her birinde akrabaların hastanın davranışı konusundaki şu andaki bildirimleri onların geçmişte hastanın ilk ve ikinci muayene arasındaki değişiklikleri konusundaki geriye dönük yordamalar ile .61'lik bir korelasyon göstermiştir. Faktör analizinde dört faktör ortaya çıkmıştır: Bilişsel, kişilik, apati ve temel kendine bakım (Stern ve ark. 1990).

Bilgi-Bellek Konsantrasyon Testi (IMCT)

Blessed ölçeğinin bu bölümü de üç seçim içerir. "Bilgi Testi" hastanın kişisel yönelimini sorgular. "Bellek" yakın anıların hem "kişisel" (örneğin gittiği okul) hem de "kişisel olmayan" (örneğin ikinci dünya savaşının tarihi) hatırlanmasını içerir ve 5 dakika sonra hatırlanmak üzere isim ve adresin öğrenilmesini içerir. "Konsantrasyon" üç maddeden oluşur; geriye doğru ayların sayılması ve 1'den 20'ye kadar sayıların sayılması ve 20'den 1'e geriye doğru sayılmasını içerir. Mükemmel bir performans gösteren hastada maksimum puan 37'dir.

Bakımevi hastalarına verildiğinde hem 2-4 haftalık test tekrar test, hem de iki yarım güvenilirlik katsayıları yüksek olarak saptanmıştır (sırasıyla .88 ve .89). Alzheimer hastaları arasında ortalama yıllık düşüş (IMCT puanında) 4.4 olarak belirlenmiştir (tüm hastalar için). Bu, yaştan bağımsız bir durumdur. Tek tek hastalar için puanların düşme hızı değişkenlik göstermektedir.

Yönelim-Bellek Konsantrasyon Testi (OMCT)

Hem IMCT, hem de Ruhsal Durum Soru Listesindeki 6 maddenin toplam IMCT puanı ile toplam MSQ puanından daha yüksek bir korelasyon gösterdiği bulgusu üzerine Katzman ve arkadaşları (1982) bunları kısa bir ruhsal durum tarama testi içinde birleştirmişlerdir. Maddelerin ağırlıkları birbirinden farklıdır; böylece toplam başarısızlık 24 puan almaktadır. Yazarlar sağlıklı yaşlı deneklerin %90'ından fazlasının ağırlıklı hata puanının 6 veya altında olduğunu saptamışlardır. 10'dan daha yüksek hata puanı demansın güçlü bir göstergesidir. Bu testin ve MMS'nin faktör analizi (bakımevinde kalanlara uygulanıyor) testteki tüm maddelerin Bellek-Dikkat faktörü üzerinde yüklendiğini bulgu-

lamıştır (Zillmer ve ark. 1990). Testi Kısa Yönelim Bellek Konsantrasyon Testi (SOMCT) olarak adlandıran Leshner ve Whelihan (1986) test tekrar test güvenilirlik katsayısını .80 ve iki yarım güvenilirlik korelasyonunu .37 olarak saptamıştır.

Geriatrik Ruhsal Durum Ölçeği (GMS) (Gurland, Copeland ve ark. 1976, Gurland, Fleiss ve ark. 1976)

Bu yarı yapılandırılmış görüşme yaşlı hastalardaki hem işlevsel, hem de organik psikopatolojiyi değerlendirmektedir. 100 mutlaka sorulması gereken soru vardır, 100 de gerek duyulduğunda kullanılacak soru yer almaktadır. Ortalama görüşme 1 saatten daha az sürmektedir. Gözlemler ve puanlamanın doğruluğu açısından değerlendiricilerin eğitilmesinin önemi vurgulanır. Maddeler hasta bildirimlerini (örneğin "gerginlik, başağrısı), değerlendirici gözlemlerini ("üzgün görünüyor, kederli ya da depresif), genel bilgi sorularını (örneğin yaş, doğum tarihi) kapsar ve el-yüz testi hem doğruluk, hem de yanıt kalitesi yönünden puanlanır.

Değerlendiriciler arası güvenilirlik katsayıları (hasta yanıtları ile puanlanan maddeler ve ruhsal durum maddeleri için) .80 olarak saptanmıştır (Gurland, Copeland ve ark. 1976). Organik hastaların puanlarında 1 ila 3 aylık yeniden değerlendirmelerde çok küçük değişiklikler bildirilmiştir. Faktör analizi 21 faktör tanımlamıştır. Profil bunların 10 tanesine dayanmaktadır (depresyon, anksiyete, somatik ilgiler, depersonalizasyon, bozulmuş konuşma, içgörünün olmaması, sosyal olmayan konuşma, bozuk bellek, kortikal disfonksiyon ve yönelim bozukluğu) ve işlevsel bozukluk olanlarla organik hastalığı olanlar arasında önemli farklılıklar saptanmıştır.

GÖZLEMÇİ ÖLÇEKLERİ

DERECELENDİRME

Bu ölçekler davranışın birçok farklı yönü üzerinde odaklanabilir. Aşağıda tanımlanan ikisi bunu gösterir.

Geriatrik Dereceleme Ölçeği (GRS) (Plutchik 1970)

Bu 31 maddelik ölçek Stockton Geriatrik Dereceleme Ölçeğine (Meer ve Baker 1967) dayanmaktadır. Profesyonel olmayan personel tarafından yemek yeme, tuvalet, kendini yön-

lendirme ve sosyallik gibi alanlarda hastanın davranışının derecelendirilmesinde kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Her bir madde sorunun şiddetine göre 0-2 arasında puanlanır (örneğin hasta servisteki diğer insanlarla konuşur: Sıklıkla=0, Bazen=1, Hiçbir zaman=2) Testin güvenilirliği yüksektir ($r = .86, .87$). Hastanın aldığı yüksek puan bozukluğun şiddeti ile bağlantılıdır. Ancak Plutchik (1979) bu ölçeğin hala kendi kendine bakabilen ayaktan hastalar için uygulanabilir olmadığını çünkü maddelerin bu popülasyon için "çok kolay" olduğunu belirtmektedir. Ölçeğin tek bir global puan verdiğini hastanın işlev bozukluğunun doğasına ilişkin bilgi vermediğini belirtmektedir. Plutchik üç faktör tanımlamıştır: Geri çekilme/apati, antisosyal yıkıcı zarar verici davranış ve günlük yaşam aktivitelerinde eksiklikler. Plutchik aracın duyarlılığını arttırmak için bu faktörlere dayalı alt ölçeklerin kullanımını önermektedir.

Sandoz Klinik Değerlendirme- Geriatrik (SCAG) (Shader ve ark. 1974)

Bu ölçekteki 19 maddeden bazıları aktivite odaklıdır. "Kendine-Bakım", "İştah" ve "Sosyal olma" gibi. Ancak çoğu genellikle psikopatoloji için semptomatik olan davranış ve tepki özelliklerine sahiptir. "Duygudurum depresyonu", "huzursuzluk", "duygusal değişkenlik" (labilite), "anksiyete" gibi. Maddeler genel terimlerle tanımlanır (örneğin sosyal olmama: Başkaları ile kötü ilişkiler, arkadaşça olmama, sosyal ve toplumsal aktivitelere olumsuz tepki, uzak olma). Hasta değerlendirmesi gözlenen davranış üzerinden yapılır. Her madde 7 puanlık bir ölçek üzerinden değerlendirilir. 1= Yok, 7= Şiddetli. Böylece madde yorumunun çoğu değerlendiriciye bırakılır. Forette ve arkadaşları (1989) SCAG verilerini üç faktör yönünden analiz etmiştir. Bilişsel işlevsellik, çevre ile ilişki, apati, duygulanım ve semantik işlevler. Orijinal çalışma bu aracın sağlıklı gönüllüler ve ağır demans veya depresyonu olan yaşlı hasta gruplarını ayırt ettiğini göstermiştir (Shader ve ark. 1974). Ancak, gönüllüler ve hafif düzeyde demansı olan hastaların ortalama puanları 19 maddenin sadece 3'ünde farklıdır. Maddelerin 7'si depresif ve ağır demanslı olan hastaları ayırt etmektedir. Kaszniak ve Allender (1985) SCAG'nin yaşlı hastalarda psikofarmakolojik araştırmalarda yaygın biçimde kullanıldığını bildirmiştir.

BAKIM VEREN KİŞİLERİN DEMANS HASTALARINI DEĞERLENDİRMELERİ

Yakınların Kullandığı Geriatrik Dereceleme Aracı (GERRI) (Schwartz 1983)

Bu ölçek zihinsel bozulma işaretleri gösteren yaşlı insanlarda davranışsal işlevselliğin değerlendirilmesi için düzenlenmiştir. 49 madde evde gözlenebilen geniş bir davranış yelpazisini kapsar. Hasta ile yakın ilişkisi olan bireyler (genellikle bir akraba veya bakım veren kişi) hastayı 5 puanlık bir ranj üzerinde her bir maddede değerlendirir. Korelasyon analizlerinde üç madde kümesi tanımlanmıştır: Bilişsel işlevsellik (21 madde), sosyal işlevsellik (18 madde) ve duygudurum (10 madde). Değerlendiriciler arası güvenilirlik .94 üç küme için sırasıyla .96, .92 ve .66'dır. GERRI puanları dereceleme puanlarının şiddeti ile önemli ölçüde değişkenlik göstermektedir (global kötüleşme puanı).

Bakım Veren Demans Hastasının Davranışlarını Değerlendirme Ölçeği (COBRA) (Swearer ve Drachman 1996)

Ölçek demans hastalarında davranış bozukluklarını belirlemek, sınıflamak ve niceliğini açıklamak için geliştirilmiştir (Swearer ve Drachman 1996). COBRA ölçeği anormal davranışları 4 kategoride tanımlamaktadır:

1. Saldırgan ve şiddet içeren hareketler
2. Kişilik değişimi
3. Mekanik ve motor anormallikler
4. Vejetatif bozukluklar

İdare edilmesi güç 30 davranış belirlenmiş ve tanımlanmıştır. COBRA ölçeği aile ya da profesyonel bakım veren kişiler için düzenlenmiştir.

COBRA ölçeği sıklık ve yıkıcı etkileri ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Sıklık ölçümü 0 (davranış son 3 aydır yok) ile 4 (davranış her gün ya da sık sık olmaktadır) arasında değişmektedir. Ciddilik değerlendirilmesi; 0 (davranışın herhangi bir zararı yok), 4 (davranış ciddi zarar veriyor). Her davranış için maksimum ciddilik değerlendirmesi yapılır. Saldırgan davranışlar için en yüksek ciddilik değeri 4'tür.

Dört davranış kategorisinde sıklık ve ciddilik puanları için 12 özet puanı verilmektedir. Bu özet

puanlar aşağıdaki sorulara yanıt vermek için düzenlenmiştir. (1) Hangi davranış kategorilerinde bozukluk vardır? (2) Ne kadar değişik davranış vardır? (3) Davranışların yıkıcılık özelliği ne kadardır? (4) Davranış ne sıklıkla olmaktadır?

COBRA ölçeği için geçerlik ve güvenilirlik hem yatan, hem de poliklinik hasta grubunda yapılmıştır. Test tekrar test ve değerlendiriciler arası güvenilirlik araştırılmıştır. Test tekrar test güvenilirliği için bakım verenler poliklinik hasta grubunun davranışlarını 1 hafta içinde iki kez değerlendirmiştir. Özet puanlar için korelasyon .73 - .95 arasında değişmektedir. Değerlendiriciler arası güvenilirliği belirlemek için aynı yatan hasta grubu için iki hemşire ayrı ayrı değerlendirme yapmıştır. Küçük bir grup değerlendirildiği halde değerlendiriciler arası korelasyon ortadan yükseğe kadardır.

Geçerlik için ilk değerlendirmeler COBRA'nın kapsam geçerliliğinin iyi olduğunu göstermektedir. 30 hedef davranış en azından bakım veren bir kişi tarafından işaretlenmiştir. COBRA ölçeğinin demans hastalarında görülen davranış bozuklukları dağılımını kapsadığını göstermektedir. Özet puanlar bütüncül hastalık ciddiyeti ile ilgilidir, bu da ölçeğin yapı geçerliği olduğunu göstermektedir. Hafiften orta düzeye kadar demansı olan hastalar arasında ciddi demansı olanlar idaresi güç davranışları daha çok göstermektedir. Motor, mekanik davranışlar ve vejetatif bozukluklarda artma vardır. Yatan hastalarda orta ve ilerleyici yıkımla birlikte vejetatif bozuklukların derecesi hastalık sıklığının artması ile birlikte artmaktadır. Yapı geçerliğini değerlendirmek için ölçeğin içrel tutarlılığına bakılmıştır.

COBRA ölçeği demanslı hastalarda davranış bozukluklarının değerlendirilmesinde uzunlamasına çalışmalarda kullanılmaktadır. Davranış değişikliklerini belirlemek için yararlı bir araçtır.

Demans Davranışı Rahatsızlık Ölçeği (DBD) (Gauthier ve ark. 1996)

Bu ölçek 1980'lerin sonlarında geliştirilmiştir. Ölçeğin geliştirilmesinde bakım veren kişilerle yapılan görüşmelerde bu kişilerin demans hastalarına özgü tanımladıkları davranışlar saptan-

mıştır. 28 maddeden oluşan ölçek bakım veren kişi tarafından demans hastasının değerlendirilmesinde kullanılmaktadır. Likert tipi değerlendirme ölçeğinde 0. Hiç, 1. Nadiren, 2. Bazen, 3. Sıklıkla, 4. Her zaman şeklinde bir değerlendirme yapılmaktadır. Ölçeğin iç tutarlılık, test tekrar test ve yapı geçerliğini belirlemek için iki ayrı hasta grubu alınmıştır. İç tutarlılığı yüksek olan ölçeğin, test tekrar test güvenilirliği orta düzeydedir.

Cohen-Mansfield Ajitasyon Envanteri (CMAI) (Mansfield 1996)

Ölçek bakım veren kişiler tarafından doldurulmaktadır. 7 dereceli bir ölçekle çeşitli ajite davranışlar değerlendirilmektedir. Bakım veren kişiden davranışları "hiç yok" tan "bir saat içinde defalarca" diye işaretlemesi istenir. Bakım veren kişi değerlendirmeyi son bir hafta içindeki davranışları dikkate alarak yapacaktır. CMAI'yı oluşturan davranış maddeleri bakım veren hemşirelerin değerlendirmelerinden ve kaynaklar gözden geçirilerek hazırlanmıştır.

Bakım evlerinde araştırma amaçlı geliştirilen CMAI klinik alanda da uygulanmaktadır. Örneğin psikotrop ilaçların kesilmesi ajitasyonu artırır mı? Aslında CMAI araştırmacılar tarafından hemşire grubu ile görüşmede ve bakım evinde kalan her bireyin davranışını değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır. CMAI bakım veren kişi tarafından doldurulabilirdiği gibi bakım veren kişi ile görüşme yapan kişi tarafından da doldurulabilir.

CMAI'nın çeşitli formları vardır. Uzun formu 29 maddedir ve bakım evinde kalanlar için kullanılmaktadır. Kısa formu 14 maddedir ve 7 dereceli değerlendirme yerine 5 dereceli bir değerlendirme yapılmaktadır. Toplum formu 37 maddelik soru listesidir. Profesyonel ve ailede bakım veren kişiler tarafından kullanılmaktadır.

CMAI kullanılarak ajitasyonda 4 alt tip belirlenmiştir. Fiziksel olarak agresif olmayan davranışlar; fiziksel agresif davranışlar, sözel agresif olmayan davranışlar ve sözel agresif davranışlar.

Fiziksel ve sözel agresif davranışlar bilişsel açıdan yıkımı olan hastalarda vardır bunların sosyal iliş-

kileri kötüdür. Fiziksel agresif davranışlar erkek hastalarda vardır. Sözel agresif davranışlar depresyonu ve sağlık sorunu olan hastalarda görülmektedir. Fiziksel açıdan agresif olmayan hastalar sağlıklı olsalar da bilişsel yıkımları vardır ve günlük yaşamlarını devam ettiremezler. Sözel agresif olmayan davranışlar deprese erkek hastalarda görülür, genel sağlıkları kötüdür ve kronik ağrıları vardır. Bu hastalarda bilişsel yıkım hafiften ortaya kadar gider ve sosyal ilişkileri kötüdür.

Hem bakım evlerinde, hem de gündüz hastanesinde kalanlarda fiziksel agresif olmayan davranışlar bilişsel işlevlerdeki yıkımla birlikte artmaktadır. Fiziksel agresif davranışlar tipik olarak ciddi bilişsel yıkımı olanlarda vardır.

Bilişsel Davranış Dereceleme Ölçekleri (Williams 1991)

Hastadaki yıkımın onun günlük yaşamını nasıl etkilediği anlamak için bu 117 maddelik soru listesi bakım veren kişilere ve diğer "güvenilir gözlemciler" verilebilir. Maddeler birlikte 9 işlevsellik alanını gözden geçirir: Dil bozuklukları, apraksi, yönelim bozukluğu, ajitasyon düzen gereksinimi, depresyon, yüksek bilişsel kusurlar, bellek bozukluğu ve demans. İlk 105 maddenin her biri için 5 puanlık bir ölçek üzerinden derecelendirme yapılabilir (1. Bu insana hiç uymuyor, 5. Tamamen bu insan gibi). İki derecelendirme "hastalıktan önce ve hastalık sırasında, şu anda". Yüksek puanlar davranış sorunlarını gösterir (örneğin 24 "kuşkulumuydu/kuşkululu mu). Son 12 madde 1. üstün ile 5. çok kötü olmak üzere bazı beceriler üzerinde (örneğin okuma, bellek) bir derecelendirme yapar. Derecelendirme maddelerini değerlendiricinin hastayla ilişkisi, hastanın premorbid eğitim ve iş öyküsüne ilişkin bilgi veya tahmini, hastanın şu anki sosyal durumu ve hastanın hem şimdi, hem de hastalık öncesindeki günlük yaşam aktivitelerini sorgulayan sorular izler.

Güvenirlilik verileri hem 30 demans hastası, hem de 400 normal kontrol deneginden toplanmıştır. Bir hafta sonraki test tekrar test korelasyonlar .61 ile .94 aralığındadır. Dokuz ölçeğin içsel tutarlılık güvenilirliği tüm normal denek grubunda ölçülmüştür. .78 ile .92 aralığında saptanmıştır. Demans hastaları ile eşleştirilmiş kontrol deneklerinin derecelendirmelerinin karşılaştırmaları

demans hastalarının derecelendirmelerinin tüm ölçeklerde depresyon hariç normal deneklerden anlamlı ölçüde yüksek olduğunu göstermektedir. Büyük bir normal gönüllü örnekleme (n:688) ajitasyon, depresyon ve demans için yaşın etkili olduğu görülmektedir (Williams 1991). Williams CBRS'nin demans dışı durumlarda (kafa travması gibi) yararlılığını incelemek için başka çalışmalar yapılmasını önermektedir.

Alzheimer Hastalığında Davranışsal Patoloji Derecelendirme Skalası (BEHAVE-AD) (Reisberg ve ark. 1987)

Bu ölçek davranış semptomlarının yedi kategorisini gözden geçirir. Paranoid ve delüzyonel düşünme, halüsinasyonlar, aktivite rahatsızlıkları, saldırganlık, günlük ritim bozuklukları, affektif rahatsızlıklar, anksiyete ve fobiler. Bu kategorideki semptomlar sıklıkla bakım veren kişiler için sorun yaratır ancak farmakolojik olarak düzelebilir. 25 semptomun her biri 4 puanlık bir ölçek üzerinde (0. Yok, 3. Var ve bakım veren için katlanılmaz düzeyde) derecelendirilir. Derecelendirme formu ayrıca bu sorunların bazılarının ayrıntılı olarak ele alınmasına olanak tanır. Derecelendirmeler için gerekli bilgi hastaların eşlerinden, bakım verenlerden ve klinik gözlemlerden gelir. Hastalığın farklı evrelerinde olan 120 Alzheimer hastasının derecelendirmeleri gelişimin tipik gidişini ve semptomların doğal olarak ortadan kalkışını gösterir.

BEHAVE-AD Değerlendirme Ölçeğinin Gelişimi

BEHAVE-AD'nin gelişimi demanstaki davranışsal bozuklukları ölçen herhangi bir ölçek olmaması nedeniyle motive edilmiştir. Bu bozuklukla ilgili bilişsel ve işlevsel bozukluklardan ayrı olarak davranışsal bozuklukları değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Her semptomu ayrı ayrı değerlendirmek önemlidir. Çünkü demanstaki davranış bozukluğu tedaviye yeni psikotropik ilaçlar ya da farmakolojik olmayan müdahale yöntemleri ile yanıt verebilir. Psikotropik ilaçların olası terapötik etkilerini araştırmada araştırmacılar akıllarında nöroleptikleri ve trisiklik antidepresanları tutmalıdırlar. Ancak bu ilaçlar davranış bozukluğunu düzeltirken bilişsel ve işlevsel semptomları antikolinerjik ve sedatif yan etkileri nedeniyle azaltabilirler. Tersine de doğrudur. Bilişi düzelten ilaçlar davranış bozukluğunu abartabilirler.

Üç ayrı çalışmada BEHAVE-AD'nin güvenilirliği araştırılmıştır. ABD'de poliklinik hastalarında ve Fransa'da bakım evlerindeki hastalara ölçek verilerek güvenilirlik araştırılmıştır. İlk çalışmada 18 hasta değerlendirilmiş korelasyon .96 olarak bulunmuştur. İkinci çalışmada bakımevinde kalan 20 hasta değerlendirilmiş BEHAVE-AD'nin Fransa'da kullanılan formu ile korelasyon .95-.96 bulunmuştur.

Demansa CERAD Davranış Değerlendirme Ölçeği (Tariot 1996)

Böyle bir ölçek geliştirmek için kurulan komite önce demansa özgü davranışları tanımlamıştır. Komite psikopatolojik belirtileri ve semptomları tanımlama girişiminde bulunmuştur. Bunlar duygudurum ve affektif değişimler, vejetatif bozukluklar, apati ve içecekilme, anksiyete, ajitasyon, saldırgan davranışlar ve psikotik özelliklerdir (örneğin halüsinasyonlar ve delüzyonlar). CERAD ayrıca patolojik davranışları da içermeyi önemli kılmaktadır (örneğin dolaşma ve yineleyici konuşmalar). Bunlar diğer psikiyatrik bozukluklarla çok bağlantılı değildir. CERAD bellek ve entelektüel yıkım semptomları üzerinde durmaktadır bunları araştıran pek çok ölçek vardır.

CERAD varolan kaynakları araştırmıştır. Ancak bunların hiçbiri komitenin gereksinimlerini karşılamamaktadır. Alzheimer Hastalığında Davranışsal Patoloji Değerlendirme Ölçeği, Alzheimer Hastalığında Psikopatolojide Columbia Üniversitesi Ölçeği ve Demansa Depresyon için Cornell Ölçeği başlangıç noktası olarak alınmış ve 51 maddeden oluşan CERAD ölçeği geliştirilmiştir. Çeşitli psikopatolojik belirtileri ve semptomları yansıtmaktadır. CERAD Demans için Davranış Değerlendirme Ölçeği iyi bir bilgi kaynağı tarafından tamamlanmalıdır. Çünkü demansı olan pek çok hasta kendisi hakkında gerekli bilgiyi veremez. Ölçek görüşmeci tarafından doldurulmalıdır. Son bir ay içindeki davranış değişiklikleri kaydedilmelidir.

Ölçek için yapılan araştırmanın çeşitli amaçları vardır (1) Bireysel. Demans hastaları için bütün maddeleri belirlemek (2) Son bir ay içinde görülen davranış değişikliğinin görülme sıklığını belirlemek (3) Olası madde gruplamaları ya da alt ölçeklerin değerlendiriciler arası güvenilirliğini değerlendirmek (4) Tek tek maddeler için değer-

lendiriciler arası güvenilirliği belirlemek (5) Demans başladıktan sonra belirlenen demansa özgü davranışları saptamak (6) Açık uçlu sorulara verilen tepkiler ve analiz sonucunda ölçeğin yeniden gözden geçirilmesi.

Araştırma grubu 303 hastadan oluşmuştur. Olası Alzheimer hastalığı olan kişiler alınmıştır. Hastalar Amerika'da 16 ayrı tıp merkezinden seçilmiştir. Bütün hastalara CERAD'a göre standardize klinik değerlendirme yapılmıştır. Görüşmeciler standart sürece göre eğitilmiştir. 303 hastadan 104'ünden görüşme sırasında elde edilen veriler spontan olarak değerlendirilmiştir.

Bu araştırmaya katılan hastaların çoğunun hafiften ortaya kadar demansları vardır ve toplumda yaşamaktadırlar. Bilgi kaynakları aile üyeleri, genellikle eşlerdir. Bilgi veren kişiler haftada 5 kezden fazla hasta ile birlikte olan kişilerdir.

Davranıştaki değişiklikler her hasta için görüşmeden sonraki ayda kaydedilmiştir. Son ayda ortalama 15 madde belirlenmiştir.

Araştırma bulgularına dayanarak araştırmacılar sıklığı çok az olan üç maddeyi çıkarmıştır. Olası klinik önemi olan düşük sıklıkta çeşitli maddeler kalmıştır. Ölçeğin geçerliği farklı boyutlarla araştırılmıştır. Kapsam geçerliği ölçeğin deseni ile saptanmıştır. Yapı geçerliği faktör analizi ile desteklenmiştir.

Klinik Demans Değerlendirmesi (CDR) (Hughes ve ark. 1982)

Klinik demans değerlendirme (CDR) Alzheimer tip senil demansı olan hastalarda işlevsel yıkımı değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. CDR değerlendirmesinde 0 (hiç yıkım yok), .5 (demans soru işareti), 1 (hafif demans), 2 (orta düzeyde demans), 3 (ciddi demans). Değerlendirme 90 dakikalık bir görüşme ile yapılmaktadır. Bu görüşme Initial Subject Protocolu (ISP) temel almaktadır. ISP görüşme bilgisi deneyin kendisinden, aile, tıbbi ve psikiyatrik öyküden ayrıca sosyal, eğitimsel ve kültürel geçmişten elde edilmektedir. Ayrıca çeşitli bilişsel testler de kullanılmaktadır. Örneğin Blessed Demans Ölçeği, Kısa Portable Mental Durum Soru Listesi, Yüz El Testi ayrıca Boston Diagnostic Afazi Araştırması ve Hamilton

Depresyon Ölçeği Değerlendirmeleri: Bellek, yönelim, yargılama ve problem çözümü, toplumsal etkinlikler, ev ve hobiler ve kişisel bakım alanında yapılmaktadır. Her kategoride değerlendirme 0, .5, 1 ya da 2 olarak verilmektedir.

Pilot çalışmada (Hughes ve ark. 1982) değerlendiriciler arası güvenilirlik yeterli bulunmuştur (r: .89). CDR demansın Alzheimer tipini tanımlamada fiziksel, bilişsel ve davranışsal bilgiyi sistematik olarak toplamada yararlı bir ölçektir. Demansın erken döneminde ayırım yapmada çok yararlıdır. CDR demansın başlangıç aşamasında ayırt edicidir, geç dönemde ayırt ediciliği düşmektedir.

Bütüncül Yıkım Ölçeği (GDS) (Reisberg ve ark. 1982)

Demansın düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilmiş 7 dereceli bir ölçektir (Reisberg ve ark. 1982). Alzheimer tip demansı (DAT) olan hastaları belirleme amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek 7 tanım sınıflamasını içermektedir. GDS basamakları şunlardır: 1. Düzey: Bilişsel yıkım yok. Normal bilişsel işlevsellik. 2. Düzey: Çok hafif bilişsel yıkım. Belirgin objektif yıkım yok ancak unutmaya yönelik subjektif yakınmalar var, bu da yaş için normal. 3. Düzey: Hafif bilişsel yıkım. İlk objektif yakınmalar DAT başlangıcı belirtisi olabilir. Bu düzeydeki yıkımlar kelime bulmada güçlük, tanıdık olmayan yerlerde kaybolma, sosyal ve iş yaşamında performansın azalmasıdır. 4. Düzey: Orta düzeyde bilişsel yıkım. Belirgin bilişsel yıkım. Yıkım son olayları hatırlamada güçlük, konsantrasyon güçlüğü, yalnız başına seyahat

edememe, para hesabı yapamama. 5. Düzey: Orta düzeyde ciddi yıkım. Bu erken demans döneminde hastalar artık kendilerini idare edemezler ve belirgin bilişsel ve bellek bozukluğu gösterirler. Kişisel bilgi ve öykü genellikle yitirilmiştir ve çeşitli alanlarda yardıma gereksinim vardır örneğin kıyafet seçimi. 6. Düzey: Ciddi bilişsel yıkım. Orta düzeyde demansta hastalar bütünüyle bakıma muhtaçtır. Bilişsel ve işlevsel yıkım ciddi boyuttadır. Aile üyelerinin isimleri genellikle unutulur, diurnal ritim bozulmuştur, halüsinasyonlar ve delüzyonlar vardır, 7. Düzey: Çok ciddi bilişsel yıkım: Geç demansta bütün sözel ve psikomotor yetenekler kaybedilmiştir.

GDS'de tanımlanan dönemler yıllarca DAT tanısı konulmuş hastalar ve aileleri ile yapılan görüşmelerde sonra geliştirilmiştir.

Demansta Duygudurum Değerlendirme Ölçeği (DMAS) (Sunderland ve Minichiello 1996)

Bu ölçek 24 maddeden oluşmaktadır. 1-17 arasındaki maddeler depresyonu, 18-24 arasındaki maddeler demansın derecesini ölçmektedir. Her madde 6 dereceli bir ölçekle değerlendirilmektedir. Değerlendirme klinikte yatan hastalarda hemşireler, poliklinik hastalarında ise bakım veren kişiler tarafından yapılmaktadır. Davranışın değerlendirilmesi son 1 haftayı kapsamaktadır.

DMAS hafif-orta düzeyde demansı olan hastalarda depresyonu değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Ciddi demansı olan hastalarda kullanılması önerilmemektedir.

KAYNAKLAR

Anthony JC, LeResche L, Niaz U ve ark. (1982) Limits of the Mini Mental State as a screening test for dementia and delirium among hospital patients. *Psychol Med*, 12: 397-408.

Auerbach VS, Faibish GM (1989) Mini Mental State Examination: Diagnostic limitations in a hospital setting. *J Clin Exp Neuropsychol*, 11:75.

Bleecker ML, Bolla-Wilson K, Kawas C ve ark. (1988) Age specific norms for the Mini Mental State Examination. *Neurology*, 38:1565-1568.

Blessed G, Tomlinson BE, Roth M (1968) The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Br J Psychiatry*, 114:797-811.

Brandt J, Spencer M, McSorley P ve ark. (1988) Semantic activation and implicit memory in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 2:112-119.

Christensen KJ, Multhaup KS, Nordstrom S ve ark. (1990) Cognitive test profile analysis for the identification of dementia of the Alzheimer type. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 4:96-109.

Christensen, KJ, Multhaup KS, Nordstrom S ve ark. (1991a) A cognitive battery for dementia: Development and measurement characteristics. *Psychol Assess*, 3:168-174.

Christensen, KJ, Multhaup KS, Nordstrom ve ark. (1991b) A new cognitive battery for dementia: Relative severity of deficits in Alzheimer's disease. *Developmental Neuropsychol*, 7:435-449.

- Cullum CM, Heaton RK, Grandt I (1991) Utility and psychometric properties of Mini Mental State Examination in healthy older adults. *J Clin Experimental Neuropsychol* 13: 88-89.
- Dick JPR, Guiloff RJ, Stewart A ve ark. (1984) Mini Mental State Examination in neurological patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 47: 496-499.
- Eastwood MR, Lautenschlaeger E, Corbin S (1983) A comparison of clinical methods for assessing dementia. *J Am Geriatr Soc*, 31:342-347.
- Fillenbaum GG (1980) Comparison of two brief tests of organic brain impairment the MSQ and the Short Portable MSQ. *J Am Geriatr Soc*, 28: 381-384.
- Filley CM, Davis KA, Schmitz SM ve ark. (1989) Neuropsychological performance and magnetic resonance imaging in Alzheimer's disease and normal aging. *Neuropsychiat Neuropsychol Behav Neurol*, 2: 81-91.
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR (1975) Mini-mental state. *J Psychiat Research*, 12:189-198.
- Folstein MF, Folstein SF, McHugh PR (1975) Mini Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiat Research*, 12:189-198.
- Forette F, Henry JF, Orgogozo JM ve ark. (1989) Reliability of clinical criteria for the diagnosis of dementia. *Arch Neurol*, 46:646-648.
- Fuld PA (1980) Guaranteed stimulus processing in the evaluation of memory and learning. *Cortex*, 16: 255-272.
- Fuld PA, Katzman R, Davies P ve ark. (1982) Intrusions as a sign of Alzheimer dementia: Clinical and pathological verification. *Annals Neurol*, 11:155-159.
- Fuld PA, Muramoto O, Blau A ve ark. (1988) Cross cultural and multi-ethnic dementia evaluation by mental status and memory testing. *Cortex*, 24:511-519.
- Galasko D, Klauber MR, Hofstetter CR ve ark. (1990) The Mini Mental State examination in the early diagnosis of Alzheimer's disease. *Arch Neurol*, 47: 49-52.
- Gauthier S, Baumgarten M, Becker R (1996) Dementia Behavior Disturbance Scale. *International Psychogeriatrics*, 8(3):325-327.
- Giordani B, Boivin MJ, Hall AL ve ark. (1990) The utility and generality of Mini-Mental State Examination scores in Alzheimer's disease. *Neurology*, 40:1894-1896.
- Gurland B, Copeland J, Sharpe L ve ark. (1976) The Geriatric Mental Status Interview. *J Aging Human Development*, 7: 303-311.
- Gurland BJ, Fleiss JL, Goldberg K ve ark. (1976) A semi-structured clinical interview for the assessment of diagnosis and mental state in the elderly: The Geriatric Mental State Schedule. II. A factor analysis. *Psychol Med*, 6:451-459.
- Hersch EL (1979) Development and application of the extended scale for dementia. *J Am Geriatr Soc*, 27:8, 348-54.
- Hochberg MG, Russo J, Vitalino PP ve ark. (1989) Initiation and perseveration as a subscale of the Dementia Rating Scale. *Clin Gerontol*, 8:27-41.
- Hughes CP, Berg L, Danziger WL ve ark. (1982) A new clinical scale for the staging of dementia. *Br J Psychiatry* 140: 566-572.
- Jacobs JW, Bernhard MR, Delgado A ve ark. (1977) Screening for organic mental syndromes in the medically ill. *Annals Internal Medicine*, 86: 40-46.
- Janowsky JS, Shimamura AP, Squire LR (1989) Cognitive impairment following frontal lobe damage and its relevance to human amnesia. *Behavioral Neuroscience*, 103: 548-560.
- Kaszniak AW, Wilson RS, Fox JH ve ark. (1986) Cognitive assessment in Alzheimer's disease: Cross-sectional and longitudinal perspective. *Can J Neurol Sci*, 13: 420-423.
- Lau C, Wands K, Merskey H ve ark. (1988) Sensivity and specificity of the Extended Scale for Dementia. *Arch Neurol*, 45: 839-852.
- Leshner EL, Whelihan WM (1986) Reliability of mental status instruments administered to nursing home residents. *J Consult Clin Psychol*, 54:726-727.
- Lezak MD (1995) *Neuropsychological Assessment*. Oxford Un Press, New York.
- Mansfield JC (1996) Conceptualization of agitation: Results based on the Cohen-Mansfield Agitation Inventory and the agitation behavior mapping instrument. *Int Psychogeriatr*, 8(3):309-313.
- Meer B, Baker JA (1967) Reliability of measurements of intellectual functioning of geriatric patients. *J Gerontol*, 20:410-414.
- Morris JC, Heymen A, Mohs RC ve ark. (1989) The Consortium to Establish a Registry for Alzheimer Disease (CERAD) Part I. Clinical and neuropsychological assessment of Alzheimer disease. *Neurology*, 39:1159-1165.
- Morris JC, McKeel DW, Jr, Fulling K ve ark. (1988) Validation of clinical diagnostic criteria for Alzheimer disease. *Ann Neurol*, 24:17-22.
- Nadler JD, Richardson Ed, Malloy PF ve ark. (1993) The ability of the Dementia Rating Scale to predict everyday functioning. *Arch Clin Neuropsychol*, 8:449-460.
- Pfeiffer E (1975) SPMSQ: Short Portable Mental Status Questionnaire. *J Am Geriatr Society*, 23: 433-441.
- Plutchik R (1970) Reliability and validity of a scale for assessing the functioning of geriatric patients. *J Am Geriatr Soc*, 18(6):491-500.
- Reisberg B, Auer SR, Monteiro IM (1986) Behavioral pathology in Alzheimer's disease (BEHAVE-AD) rating scale. *Int Psychogeriatr*, 8(3):301-307.
- Reisberg B, Ferris SH, deLeon MJ ve ark. (1982) The global deterioration scale for assesment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry*, 139:1136-1139.
- Reisberg B, Borenstein J, Salob SP ve ark. (1987) Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: phenome-

- nology and treatment. *J Clin Psychiatry*, 48(Suppl):9-15.
- Rosen WG, Mohs RC, Davis KL (1984) A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 141:11, 1356-1364.
- Salmon DP, Granholm E, McCullough D ve ark. (1989) Recognition memory spin in mildly and moderately demented patients with Alzheimer's disease. *J Clin and Exp Neuropsychol*, 11:429-443.
- Salmon DP, Rieckinen PJ, Katzman R ve ark. (1989) Cross-cultural studies of dementia: A comparison of Mini-Mental State Examination performance in Finland and China. *Arch Neurol*, 46: 769-772.
- Saxton J, Swihart AA (1989) Neuropsychological assessment of the severely impaired elderly patient. *Clin Geriatr Med*, 5:531-43.
- Schwartz GE (1983) Development and validation of the geriatric evaluation by relatives rating instrument (GERRI). *Psychol Rep*, 53:2, 479-88.
- Shader RI, Harmatz JS, Salzman C (1974) A new scale for clinical assessment in geriatric populations: Sandoz Clinical Assessment--Geriatric (SCAG). *J Am Geriatr Soc*, 22:107-113.
- Stern Y, Hesdorffer D, Sano M ve ark. (1990) Measurement and prediction of functional capacity in Alzheimer's disease. *Neurology*, 40:8-14.
- Stern Y, Mayeux R, Sano M ve ark. (1987) Predictors of disease course in patients with probable Alzheimer's disease. *Neurology*, 37: 1649-1653.
- Sunderland T, Minichiello M (1996) Dementia mood assessment scale. *Int Psychogeriatr*, 8:329-331.
- Swearer JM, Drachman DA (1996) Caretaker obstrepeous behavior rating scale. *International Psychogeriatrics*, 8:321-323.
- Tariot PN (1996) CERAD behavior rating scale for dementia. *Int Psychogeriatr*, 8(3):317-319.
- Teri L, Borson S, Kiyak A ve ark. (1989) Behavioral disturbance, cognitive dysfunction and functional skill: Prevalance and relationship in Alzheimer's disease. *J Am Geriat Society*, 37:109-116.
- Tombaugh TN, McIntyre NJ (1992) The Mini Mental State Examination: A comprehensive review. *J Am Geriat Society*, 40: 922-935.
- Vitalidano PP, Breen A, Russo J ve ark. (1984) The clinical utility of the dementia rating scale for assessing Alzheimer patients. *J Chron Disorders*, 37: 743-753.
- Wang PL, Ennis KE (1986) The Cognitive Competency Test. Toronto Mt. Sinai Hospital Neuropsychology Laboratory.
- Williams SM (1991) Handedness inventories: Edinburg versus Annett. *Neuropsychol*, 5:43-45.
- Winograd CH (1984) Mental status tests and the capacity for self care. *J Am Geriat Society*, 32:49-55.
- Wolber G, Romaniuk M, Eastman E, Robinon C (1984) Validity of the short portable mental status questionnaire with elderly psychiatric patients. *J Cons Clin Psychol*, 52: 712-713.
- Zillmer EA, Fowler PC, Gutnick HN ve ark. (1990) Comparison of two cognitive bedside screening instruments in nursing home residents: A factor analytic study. *J Gerontol*, 45: 69-74.