

DEMANS HASTALARINDA DAVRANIŞSAL SORUNLARA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Yasemin Kılıç Öztürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi

İzmir Tıp Fakóltesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı

Tepecik Sağlık Uygulama ve Araőtırma Merkezi

16. 05. 2025 Kuşadası

Tanışma

- Demans hastalarının sizde oluşturduğu duygu
- Unutmak kendimizi nasıl hissettirir?
- Demans bilinçaltının bir oyunu olabilir mi?
- İyi ki varsınız...
- İyi ki sizlerleyim...



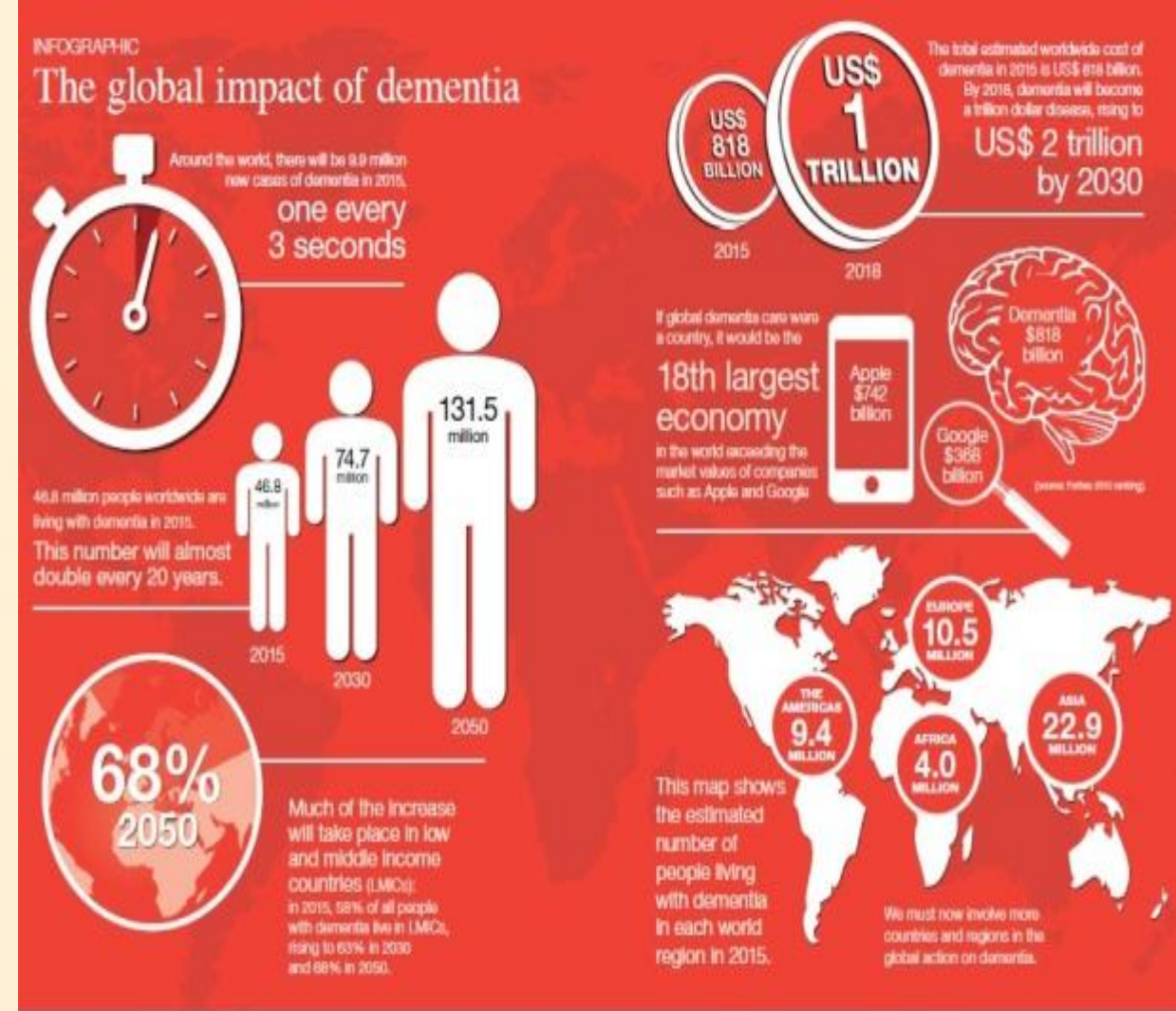
Sunum akışı

- Demans tanımı ve genel bilgiler
- Epidemiyoloji
- Davranışsal ve psikolojik semptomlar nelerdir
- Nonfarmakolojik yaklaşım
- Farmakoterapi

Demans

Öğrenme, bellek, yönelim, dil becerileri ve kişilik gibi beyin fonksiyonlarının bozulması ile karakterize

Sosyal hayatı ve iş hayatını etkileyen, santral sinir sisteminin ilerleyici nörodejeneratif bir hastalığı



DSM – V Majör NKB

- A. **Bir veya daha fazla** kognitif alanda* önceki performans seviyesine göre düşme **kanıtı** (standardize nöropsikiyatrik testler veya kantifiye klinik değerlendirme ile)
- B. Kognitif bozuklukların **GYA bağımsızlığını etkilemesi**: En azından kompleks EGYA'de yardım ihtiyacı (mali işler, ilaç alma)
- C. Kognitif bozuklukların **deliryum kapsamında olmaması**
- D. Kognitif bozuklukların başka **mental bozuklukla açıklanamaması** (majör depresif bozukluk, şizofreni gibi)
- E. En az 2 kognitif alanda **sinsi başlangıç, yavaş progresyon**
- F. Aşağıdakilerden biri:
 - Hastalığa sebep olan **genetik mutasyon kanıtı** (aile hikayesi veya genetik analiz ile)
 - Aşağıdakilerin hepsi
 - 1) Öğrenme ve bellek + en az bir diğer kognitif alanda bozulma **kanıtı**
 - 2) Plato olmadan sürekli progresif bozulma
 - 3) Karma etiyooloji kanıtı olmaması (diğer nörodejeneratif hastalık, SVH, kognitif bozukluk yapabilecek nörolojik-mental-sistemik hastalık)

Ana hatlarıyla demansta...

1.Aşağıdaki kognitif alanların en az birinde görülen fonksiyon kaybı

- **Öğrenme ve bellek**
- **Dil**
- **Yürütücü işlev**
- **Kompleks dikkat**
- **Algısal motor fonksiyonu**
- **Sosyal biliş**

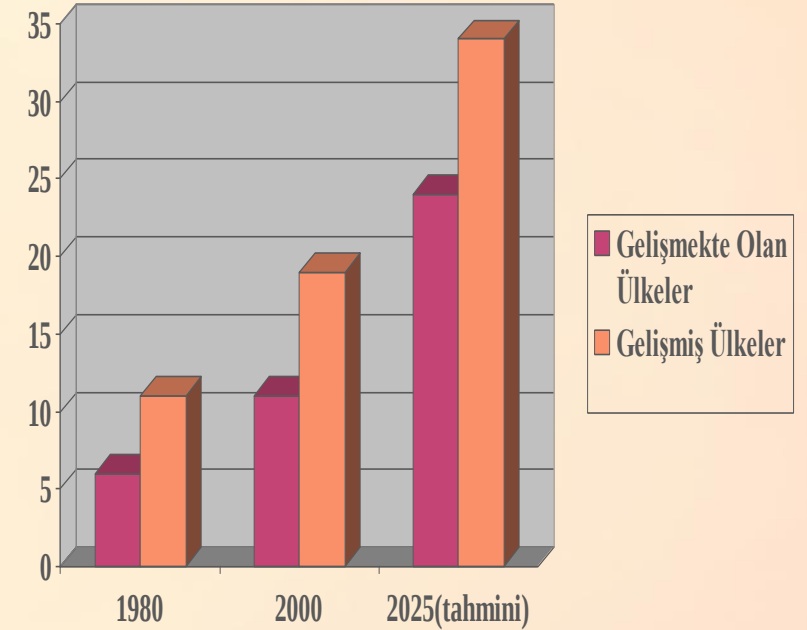
2. Kognitif fonksiyon kaybı günlük yaşamı mutlaka etkilemeli

3. Deliryum ile bağlantısı olmamalı

4. Herhangi bir mental hastalıkla ilgili olmamalı (Depresyon, psikoz vs.)

Demans epidemiyolojisi

- Önemli bir sosyo-ekonomik ve sağlık problemi
- 65 yař üzerinde % 5-15
- Her 5 yılda bir iki katına çıkmaya başladığı
- 75 - 84 yařlarda % 20-30
- 85 yař üzerinde %50'den fazla



Demans tipleri

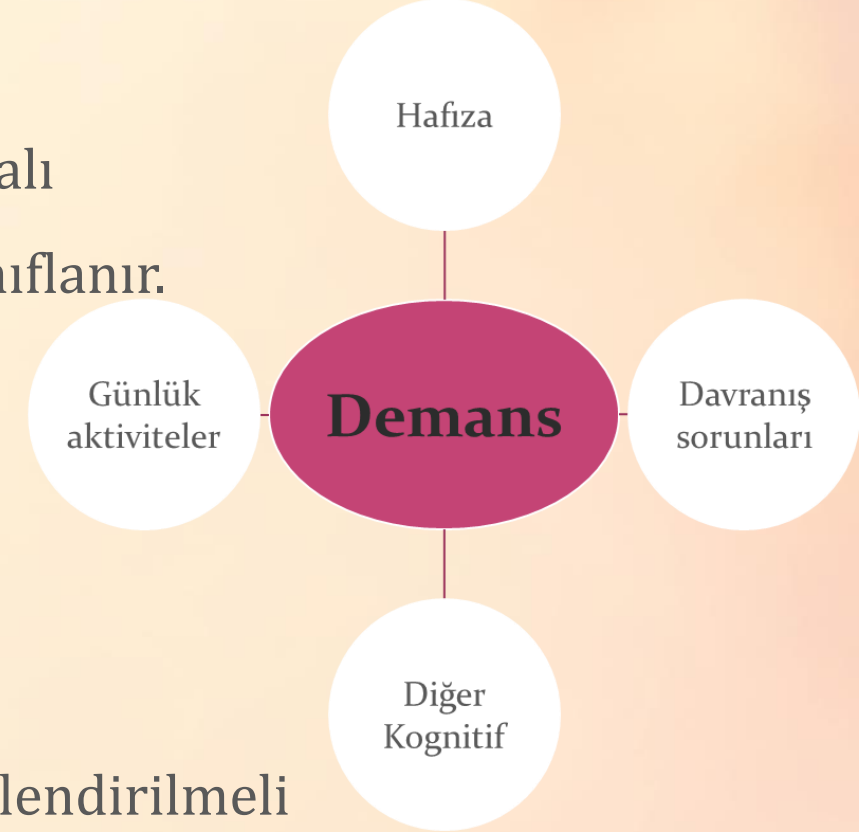
- Alzheimer hastalığı tüm demans olgularının %50-80'ini oluşturmakta
- Demans tanısı düşünüldüğünde ilk olarak Alzheimer hastalığı akla gelmekte
- Diğer demans türleri
 - ✓ Vasküler Demans
 - ✓ Frontotemporal Demans
 - ✓ Lewy Cisimcikli Demans
 - ✓ Primer Progresif Afazi
 - ✓ Progresif Supranükleer Palsi
 - ✓ Persistan Alkolik Demans
 - ✓ Prion Hastalığı
 - ✓ Sekonder nedenler...

Alzheimer

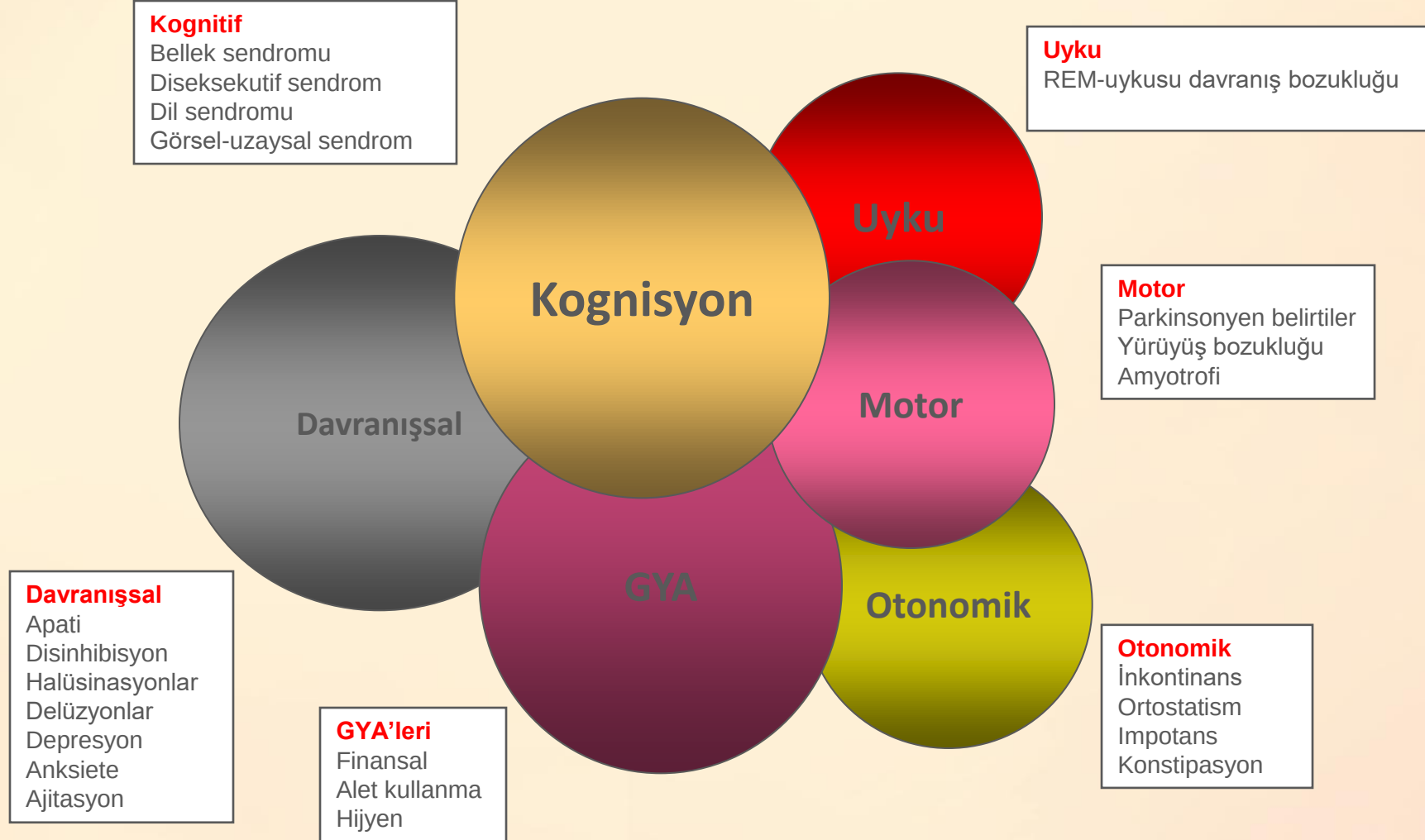
- Sıklıkla sessiz başlar, hafıza başta olmak üzere çok yönlü bilişsel kötüleşme gösterir
- Yakın hafıza ve yeni kayıt hafızasının etkilenişi belirgin
- Hastalık başlangıcında nörolojik muayene bulguları normal
- Ancak çok ileri hastalık evresinde pozitif nörolojik muayene bulguları

Tanıılama

- Hikaye hastadan, birinci derece yakının varlığında alınmalı
- Demans sendromunun semptomları 3 ana kategoride sınıflanır.
 1. Kognitif
 2. Davranışsal
 3. İşlevsellik (GYA)
- Hikayede bu üç temel alana ait şikayetler sorgulanmalı
- Ayrıca motor, otonom sistem ve uyku bozuklukları değerlendirilmeli
- Şikayetlerin başlangıç (akut, subakut) ve ilerleme şekli (statik, kronik sürekli veya basamaklı, hızlı) sorgulanmalı



Demans sendromuna genel bakış



Demans açısından alan değerlendirmeleri

Kognitif	Bellek Dikkat Dil Görsel-mekansal işlevler Yürütücü işlevler Praksis Gnosis	Yakın: yakın geçmişe ait kişisel ve aktüel olaylar; Uzak: ilkokul öğretmeni, okuduğu okullar, evlilik, emeklilik tarihleri, vb. Dalgalanma, konsantrasyon, çelinebilirlik Kelime bulma, anlama, okuma, yazma, hesaplama güçlükleri Yabancı/tanıdık mekanlarda dolaşabilme, yazı karakterinde (ortografik) değişiklik Problem çözme, yargılama, soyutlama bozuklukları Alet kullanma, giyinme, oturma-yürüme güçlükleri Nesneleri tanıma, mekanda birbirinden ayırma
Davranışsal	Kişilik değişiklikleri Duygudurum bozuklukları Algı bozuklukları Düşünce bozuklukları	Apati, disinhibisyon, sosyal uygunsuzluk Keder, isteksizlik, huzursuzluk, yerinde duramama, sinirlilik, uygunsuz neşe, bakımverenin peşinden ayrılmama Görsel ve diğer halüsinasyonlar Hırsızlık, sadakatsizlik, Capgras ve diğer türden hezeyanlar
İşlevsel	Sokakta GYA'lar Evde GYA'lar Kendine bakım	İş yaşamı, yolculuk, mali işler, alışveriş, sosyal ilişkiler Hobiler, ev aygıtlarını kullanma, yemek pişirme, diğer ev işleri, küçük tamirat, gazete-TV ilgisi Yemek yeme, yıkanma, giyinme, makyaj, traş olma, tuvalet mekaniği, sfinkter kontrolü
Motor	Yürüyüş bozukluğu, düşmeler, donmalar, dengesizlik, hareket yavaşlığı, güçsüzlük, erime, seyirme	
Otonom	İnkontinans, empotans, ortostatizm, konstipasyon, terleme	
Uyku	REM-davranış bozukluğu, aşırı gündüz uykusu, uyku apne sendromu	

Hafif demans (MMT 20-26)

- Yaratıcılık gerektirmeyen tekdüze işler sürdürülebilir, çevresindekiler tarafından fark edilen performans düşüklüğü
- Yakın geçmişe ait olayları hatırlamada güçlük, aynı soruları tekrarlama, kelime bulma güçlükleri temel özellikler
- Bildik mekanlarda dolaşabilir ve yolculuk yapabilir, ancak yabancı mekanlarda kaybolabilir.
- Hesaplama ve mali işlerde hatalar başlar
- Çamaşır, bulaşık gibi ev işlerini sürdürebilir, ancak eskisi kadar özenli değildir
- Hobiler sürdüremez
- Okuma, gazete-TV gibi aktüaliteye ilgi azalır.
- Giyinme, yıkanma, sofrta alışkanlıkları ve temel hijyende sorun yoktur.
- İritabilite, duygulanımda küntlük dışında **bariz davranışsal belirti yoktur** ve sosyal uygunluk korunur.
- Uyku kalitesi bozulmaya başlar.
- Muayenede bellek bozukluğu, adlandırma güçlükleri, dikkat ve planlamada bozulma olabilir. Praksi muayenesinde beden parçası-nesne gibi cevapları alınır.

Orta düzey demans (MMT 10-19)

- Hasta ev dışında bağımsızlığını tümüyle yitirir. Gözetimle sokağa çıkabilse de yalnız kaldığı takdirde yolunu bulamaz. Odaları karıştırabilir.
- Yeni öğrenme artık hemen hiç mümkün olamaz.
- Anlama, okuma ve yazma giderek bozulur.
- Birinci derece yakınları hakkındaki bilgiyi genellikle korusa da, torunlarının sayısı, isimleri, okulları gibi bilgileri karıştırır.
- **Evdeki işlevsellik son derece yüzeyseldir.** Ancak sofrayı toplamaya yardım düzeyinde olabilir.
- Mevsime ve saate uygun giysiyi seçmede zorlanma, giysilerin sırasını karıştırma (gömleğin üzerine iç çamaşırı gibi), düğmeleri yanlış ilikleme gibi güçlükler başlar.
- Yemek yeme ve yıkanma zorlaşır.
- Tuvalet mekaniği, elini yüzünü yıkama gibi işlevleri yapabilir.
- **Davranışsal belirtiler artar.** Uyku-uyanıklık ritmi bozulur.

Ağır demans (MMT 0-9)

- Bellek sadece parçalar halindedir
- Yakınlarını karıştırır. Aynadaki kendi yüzünü tanıyamayabilir.
- Giyinmek, yıkanmak, yemek gibi GYA de tam gözetim gerekir.
- Evrenin sonlarında yutma güçlüğü ortaya çıkar.
- Kelime hazinesi son derece fakirdir, verbal yetenekler kaybedilir.
- Ambulasyon giderek zorlaşır ve sonlara doğru oturmak mümkün olmaz. Ambulasyonun korunduğu sırada amaçsız dolaşma, istifçilik, tekrarlayıcı hareketler izlenebilir.
- Tuvalet mekaniğinde bozulma, idrar kaçırma artar.
- Sıklıkla evde izlem zorlaşmıştır, bakımverenler kurumsal bakım planlar

Unutuyorum... Demans mıyım?

DEMANS	PSÖDODEMANS
Sinsi başlangıç	Hızlı ve sıklıkla bir olaya ikincil başlangıç
Değişken duygu durum	Sürekli elem hali
Bilişsel kaybın farkında değil, ya da inkar eder	Bilişsel yakınma yitirdiğinden çok
Bellek sorunu yakına ait	Yakın ve uzak bellek eşit etkilenmiş
Soruları cevaplama çabası var	Soruları cevaplama çabası yok
Bilmiyorum cevabı az ya da yok	Bilmiyorum cevabı sık
Doktora sıklıkla yakınlarınca getirilir	Doktora kendi gelir
Kendisinde geç dönemde depresyon ya da ailede demans	Kendisinde erken dönemde depresyon, ailede depresyon

Demansif hastaya yaklaşım

- Kognitif semptomların düzeltilmesine yönelik farmakoterapi ajanları, bozulma hızında yavaşlama oluşturarak, en iyi olasılıkla yalnızca ılımlı bir düzelme yaratırken
- Davranışsal ve psikolojik semptomlar hem farmakolojik hem de non-farmakolojik yaklaşımlara sıklıkla daha iyi yanıt verir
- Davranışsal semptomlar hasta ve bakıcıları için ciddi stres kaynağıdır, yaşam kalitesini düşürür, bakım maliyetini artırır
- Davranışsal semptomların tedavisiyle, hastanın fonksiyonel bağımsızlığını ve yaşam kalitesini en yüksek düzeyde tutmaya çalışılmalı
- En önemli boyut izleyen hekim ve primer bakım verenin davranışsal semptomlar konusunda bilgi düzeyi ve farkındalığı

Genel bakış

- Demans tanılı birey bir emri yerine getirmekte güçlük çekiyorsa 2 boyut açısından farkında olunmalı
 - ✓ Kognitif bozukluk (afazi ya da apraksi)
 - ✓ Davranışsal veya psikolojik semptomlar
- Demansta Davranışsal ve psikolojik semptomlar sıklıkla “ajitasyon” ile sınırlandırılır
- Apati, çekilme, sirkadien ritm bozukluklarına bağlı gündüzleri uyuklama, yeme bozuklukları, depresyon gibi “non-ajite” semptomların da disfonksiyon ve yaşam kalitesinde düşme gibi yıkıcı sonuçları olabileceği unutulmamalı
- Demanstaki DPS prevalansı, hastalığın evresi ve çalışılan popülasyona bağlı olarak değişkenlik gösterse de
- Demans seyrinde herhangi bir zamandaki genel **prevalans %90'lara ulaşmakta**

Davranışsal ve psikolojik semptomlar

- Davranışsal Semptomlar:

Agresyon

Gezinme

Uyku bozuklukları

Uygunsuz yeme davranışı

Sürekli sorular sorma

Birinin peşinden ayrılmama



- Psikolojik Semptomlar:

Delüzyonlar

Halüsinasyonlar

Paranoya

Depresyon

Anksiyete

Reduplikasyonlar

Tanıma bozuklukları

Demans tipine göre davranışsal ve psikolojik semptomlardaki varyasyonlar

- Vasküler Demans: Depressif semptomlar, uyku-uyanıklık siklusunda bozulmalar
- Diffüz Lewy Cisimcikli Demans: Görsel hallüsinasyonlar, REM uykusu davranış bozuklukları, nöroleptiklerin yan etkilerine aşırı duyarlılık
- Frontotemporal Demans: İmpulsivite, kompulsif davranışlar, verbal patlamalar
- Huntington Hastalığı: Hiperseksüalite, psikoz, impulsivite

Apati ve amotivasyon

- Apati «tutku, heyecan veya coşkunluk kaybı, duyguları ya da zevkleri harekete geçirecek olaylara ilgisizlik»
- Demanstaki DPS'ler arasında en sık rastlananlardan birisi
- Motivasyon eksikliği Alzheimer hastalığında, frontal lob demanslarına göre daha sıktır.
- Bakıcılar bir sorun olarak görmese de semptomlar sıkıntı ve üzüntü verici
- İştah ve yeme yetersizliğiyle sonuçlanabilir
- Bir işi başlatmada yetersizlik, demansın en erken semptomlarından biri olabilir ve bilgili bakıcılar hastanın kendisi tarafından tamamlanabilecek bir göreve başlamada yardımcı olabilirler.

Halüsinasyonlar

- «Gerçek ve eksternal bir neden olmaksızın gelişen, bir duyum yaşantısı»
- Hallüsinasyonlar demansta sıklıkla görülür.
- Alzheimer hastalığında %15 görsel, %12 işitsel hallüsinasyon
- Hallüsinasyonlar sıklıkla daha hızlı kognitif yıkım ve artmış agresif davranış riskiyle ilişkili
- Genellikle hastalığın orta evresinde görülürler.
- Görme bozukluğu bulunan hastalarda vizüel hallüsinasyonlar (Charles Bonnet Sendromu), işitme bozukluğu bulunan hastalarda müzikal hallüsinasyonlar görülebilir

Delüzyon

- «yanlış bir inanç» şeklinde tanımlanmakta
- Demansta sık görülen delüzyonlar:
- Eşyaların çalınması (%18-43)
- Terk edilme (%3-18)
- Eşin sadakatsizliği (%1-9)
- Delüzyonların varlığı, sıklıkla fiziksel agresyona eşlik eder
- Delüzyonlar, bellek kaybının etkilerini rasyonalize etme girişiminden kaynaklanabilir. Örneğin: Yanlış yere konmuş bir eşyayı “birisi çalmış”tır.

Depresif duygudurum ve afektif bozukluklar

- Demansta % 30 veya daha fazla sıklıkta depressif semptomlar görülür
- Depresif semptomlar izolasyon, iştah azlığı ve kilo kaybı, uyku bozukluğu, kas güçsüzlüğü, mobilitede azalma ve kendine bakım yeteneklerinde kayıp gibi davranışsal değişikliklerle sonuçlanabilir
- Sürekli yardım beklentisi, yakınmacılık ve negativizme eşlik edebilir.
- Özellikle geç evrelerde standart depresyon tanı kriterlerini demans hastalarına uygulamak güç olduğundan depresyondan şiddetle kuşkulaniyorsa, ampirik tedavi denenebilir

Anksiyete belirtileri

- Anksiyete demansta sıklıkla görülür
- İrritabilite, belirgin agresyon, psikomotor ajitasyon ve patolojik ağlamalara eşlik edebilir
- Adımlama, şarkı söyleme ve tekrarlayıcı vurma hareketleri gibi sterotipik hareketlerle de kendini gösterebilir
- Banyo, giyinme ve diş ya da ağız bakımı gibi özbakımı reddetme gözlenebilir
- Anksiyete semptomları varsa eşlik eden depresyon varlığı araştırılmalı
- Yetersiz tedavi edilen veya tanınmamış ağrı da anksiyeteye yol açabilir

Tanıma güçlükleri

- Delüzyonel tanıma güçlüğü sendromları, hastaların %30'unu etkileyen ilginç bir DPS varyantı
- Capgras delüzyonu (yakınlarının identik kopyalarıyla yer değiştirdiğine ait inanç)
- Fregoli delüzyonu (persekütör kişilerin tanıdık kişiler olarak kılık değiştirdiğine ait inanç)
- “Hayali pansiyoner” (evinde yabancı bir kişinin yaşadığına ait inanç)
- Alzheimer hastalığında bireyler sıklıkla aynadaki görüntülerini ve televizyondaki kişileri “hayali pansiyoner” olarak algırlar.

Katastrofik reaksiyonlar

- Ilımlı-orta derecede demans bulunan hastaların yaklaşık üçte birinde görülür
- Aşırı ya da ani bir emosyonel yanıt ya da fizik reaksiyonla karakterize
- Daha şiddetli bir kognitif bozukluğa eşlik ederler
- Algılama bozuklukları, hallüsinasyonlar veya delüzyonlar gibi diğer DPS'lerle presipite olabilirler

Agresif davranışlar

- Agresyon özellikle fronto-temporal demansta daha sık görülür
- Fiziksel Agressif Semptomlar (vurma, itme, tutma, tekme atma, ısırma,...)
- Verbal Agressif Semptomlar (çığlık atma, küfür etme, öfke patlamaları,...)
- Fiziksel agresyonlar sıklıkla delüzyonlara eşlik eder ve bu hastalarda irritabilite de daha şiddetli olabilir

Dizinhibisyon ve negativizm

- **Dizinhibisyon:** İmpulsif ve uygunsuz davranışlar, emosyonel instabilite, içgörü ve yargılama kaybı ile karakterizedir.
- Ağlama, öfori, verbal agresyon, fizik agresyon, kendine zarar verici davranış, seksüel dizinhibisyon, yapışkanlık, gezinme, dükkan hırsızlığı, düşünmeden satın alma isteği ve diğer denetimsiz davranışlar şeklinde...
- **Negativizm:** Bireyin kendisinden ne istendiğini anlamasa bile, alışkanlık biçiminde bir şeyi yapmayı reddetmesi
- İnatçılık, işbirliği eksikliği ve bakıma karşı dirençle sonuçlanabilir

Yapışkanlık ve gölge hali

- **Yapışkanlık:** Bakıcıyı istemeden bir şeyi yapmaya zorlayıcı biçimde, sürekli beklenti içinde olma, sabırsızlık, dipdibe olma ya da küstah eylemler gösterme ile ortaya çıkabilir.
- Kendilerini herhangi bir çağrı olmaksızın belirli durumlara dahil ederler ya da bir başkasının sahip olduğu veya hoşlandığı bir şeye el uzatabilirler
- **Gölge Hali:** Yapışkanlığın bir çeşididir; hasta bir diğer kişiyi yakından izler, yanından ayrılmaz ve sıklıkla onun eylemlerini taklit eder

Ayırıcı tanı ve değerlendirme

- Demans varlığında birey deliryuma yol açabilen ek hastalıklar, ilaç yan etkileri ve çevresel strese daha duyarlıdır
- Bilinç düzeyinde değişme, gündüz ve gecenin tersine dönmesi, psikomotor ajitasyon veya retardasyon gibi deliryum semptomları, kolayca demansın davranışsal ya da psikolojik bir semptomu olarak algılanabilir
- Yaşlılıkta deliryum sessiz bir fenomen olabilir ve metabolik hastalıklar, ilaç birikimi ve malnutrisyon gibi durumlarda yavaş başlangıç gösterebilir.
- “Sessiz” bir deliryum kolayca gözden kaçarken hallüsinasyonlar gibi deliryumun daha aktif özellikleri de demansla ayrılamayabilir
- Reçetesiz satılan, alternatif tıp ilaçları da dahil olmak üzere kullanılan tüm ilaçlar dikkatle gözden geçirilmeli

Demans mı? Deliryum mu?

DEMANS	DELİRYUM
Sinsi başlangıç	Ani başlangıç
Aylar-yıllar	Saatler-günler
Dikkat normal (başlangıçta)	Dikkati odaklama ve sürdürme bozuk
Gidiş ilerleyici	Gidiş dalgalı
Konuşma normal ya da afazik ögeler var	Konuşma ilişkisiz

Ayırıcı tanı

- Davranışsal ve psikolojik semptomlar varlığında organik nedenler başta olmak üzere her olasılık akılda tutulmalı
- Üriner urgency ya da bulantı gibi semptomlar, demansa bağlı olarak iletişim yeteneği bozulmuş hastalarda görülebilir.
- Bilateral işitme cihazı kullanan ve yeni başlangıçlı psikomotor ajitasyon ve agresif davranışlar gösteren bir hastada, işitme cihazlarının çalışıp çalışmadığı kontrol edilmeli
- Yeni başlangıçlı davranışsal sorunları bulunan bir hastanın yaşam koşulları değerlendirilmeli
- Özellikle bakımevlerinde oda arkadaşının tutumu ya da davranışsal sorunları nedeniyle, hasta haklı olarak da ajite olabileceği unutulmamalı

Davranışsal ve psikolojik semptomlara yol açabilecek bazı organik nedenler

- Fekal taşlaşma
- Üriner retansiyon
- Enfeksiyonlar
- Entoksikasyonlar
- Rahatsızlık veren giysiler
- Anjina şüphesi
- Dispepsi
- Uyku bozuklukları

Davranışsal semptomları değerlendirme

- Ayrıntılı bir öykü ve fizik muayene alınmalı
- Ayırıcı tanıya yönelik tüm organik nedenler gözden geçirilmeli
- Laboratuvar testleri DPS'lara katkıda bulunan faktörleri belirlemede yardımcı olabilir:
- Elektrolit anormallikleri (ör. Hiperkalsemi)
- Hipoksi
- Hiperglisemi
- Hiper ve hipotiroidizm
- Hepatik ve renal yetmezlik

Tedavi açısından değerlendirme

- Bir veya daha fazla DPS varlığı, tedavi gerektiği anlamına gelmez
- Semptomun hastada, bakıcılarında ve çevresindeki diğer kişilerde yol açtığı stres mutlaka değerlendirilmeli
- Tehlike oluşturmayan ya da başkalarının hakkını çiğnemeyen davranışların, can sıkıcı olsalar bile değiştirilmeleri gerekmebilir
- Davranışsal semptom kaynaklı fonksiyonel bozukluğun derecesi mutlaka değerlendirilmeli
- Bakıcı için sıkıntı oluştursa bile, soru sorma, beslenme denemesi gibi üretici özellik taşıyan bazı davranışlar yük olarak değil, beceri olarak kabul edilmeli
- Tersine apati, çekilme, ağrıyı gizleme gibi bazı pasif belirtilerin sorun olarak görülme bile, bakım hedeflerini olumsuz etkileyeceğinden tedavi düşünülmeli

Non farmakolojik yaklaşım

- Genelde, ilaç tedavisi non-farmakolojik girişimlerin tümüyle araştırılıp uygulandığı halde başarı sağlanamayan durumlar ya da şiddetli ve tehlikeli semptomları olan olgular için saklanmalı
- Non-farmakolojik tedaviler sıklıkla ilaç tedavisi için zemin oluşturur ve birçok durumda da yeterli olur
- Non-farmakolojik tedaviler hastayı primer olarak izleyen hekim, aile ve diğer bakıcıların yaratıcılıklarını ortaya koyma ve bireyle iletişimi güçlendirir

Örnek uygulamalar

- Depresyon semptomları varsa, hastanın, yeteneklerini aşmayan aktivitelere katılması (demansın derecesine göre bahçe işleri, evcil hayvan bakımı, sanat ve el becerileriyle uğraşma gibi)
- Anksiyeteye ilişkin semptomlar varlığında güven verme, tanıdık çevre sağlama, sakinleştirici müzik ve aydınlatma uygulamaları
- Dikkati başka yöne çekme ve yeniden yönlendirme uygulamaları
- Hasta kavga etme eğilimindeyse, ilgisi nazikçe dağıtılabilir ve kızgınlığın geçmesi için başka bir konuya dikkat çekilip zaman sağlanabilir
- Banyo, diş problemleri ya da başka tıbbi nedenlerle ilgili randevular gibi, anksiyeteyi uyarması önceden beklenen durumlar için hazırlıklı olunmalı
- Aile ve diğer bakıcılar, hastaya ne yapıldığı veya yapılacağı konusunda daima açıklama yapmaları yönünde eğitilmeli

Örnek uygulamalar

- Belirli davranışların anlamı öğrenilmeli. Örneğin ajite bir durum ya da giysilerin çekiştirilmesi, banyo yapma ya da tuvalet ihtiyacına işaret edebilir
- Yumuşak bir dokunma ya da sarılma gibi non-verbal rahatlatmalar faydalı
- Hastaya iltifat ederek övmeye cömert davranmak olumlu etkili
- Övücü yorumlara yanıt verme yeteneği, demans oluşturan hastalığın geç evrelerine dek sıklıkla korunmakta
- Hasta gerçekten izlemedikçe ya da dinlemedikçe, televizyon ya da radyo gibi distraksiyona yol açabilecek faktörler elimine edilmeli
- Akşamları saat 9 ya da 10'a kadar hastanın uyanık kalmasını kolaylaştıran, yemek sonrası aktivitelerle uyku fazı kayması ve sabah erken uyanma önlenmeli

- Düzenli egzersiz (tercihen açık havada) ve aktivitelerle gündüz uyanık kalma ve akşamları yorgun olma sağlanarak gündüz-gece döngüsü korunmaya çalışılmalı
- Aile ve bakıcılar uygun iletişim stratejileri konusunda eğitilmeli
- Kısa, basit cümleler kullanmak ve belirli bir zamanda yalnızca bir direktif vermek önemli
- Olumsuz ifade içeren cümlelerden kaçınılmalıdır (“dışarıya çıkma” yerine, “içeride otur” demek gibi).
- Abartılı bir gülümseme ya da baş hareketi gibi non-verbal işaretler kullanma konusunda bakıcılar eğitilmeli
- Konuşurken göz iletişimini sürdürme konusunda özen gösterilmeli

- Oyuncak bebek taşımak ve evcil hayvanlar bazen sakinleştirici olabilir
- Saç şekillendirme, manikür gibi güzellik uygulamaları genelde yatıştırıcı
- Yemek hazırlamaya katılım, işe yararlık duygusu ve iştah için yararlı
- Kapıları koyu renkle boyayıp çıkışları kamufle etmek gezinmeyi azaltabilir
- Belirli alanların önüne geniş, koyu renkli bir şerit yerleştirmek önerilebilir
- Hastanın adını taşıyan büyükçe bir işaret, tanıdık resim ve eşyaları içeren, duvara monte edilmiş bir sergileme kutusu, hastanın doğru odada bulunduğu konusunda güven verici olabilir

Fiziksel kısıtlama

- Sadece tüm yaklaşımların başarısız olduğu durumlarda kullanılmalı
- Amputasyon, hemiparezi, ağır parkinson gibi hastanın güvenli olarak hareket edecek fizik kapasiteye sahip olmadığı ya da kendine zarar verme riski bulunan, ancak bunu hatırlayamayan hastalarda gerekli olabilir
- Fiziksel olarak iyi hastalar için, kısıtlamadan olabildiğince kaçınılmalı
- Fiziksel kısıtlama mobilite azlığı, kontraktür ve basınç ülserleri, boğulma gibi trajik kazalara neden olabilir
- Hareket edebilen demans tanılı hastaya mutlaka güvenli biçimde gezinebilme fırsatı tanıyacak çevre üzenlemesi sağlanmalı

Farmakolojik tedavi

- En az miktarda ve en az şiddette yan etkiye yol açabilecek, en düşük etkin doz ile tedavi planlanmalı
- İlaç seçiminde potansiyel ilaç etkileşimleri daima göz önünde tutulmalı
- Klinik tablo zaman içinde değişebildiğinden, semptomlar kontrol edilir edilmez, ilaç azaltılmalı ve kesilmeye çalışılmalı

Konvansiyonel antipsikotikler

- Demansa bağı DPS'ların tedavisi için en sık kullanılan ilaç sınıfı
- En kesin endikasyonları delüzyonlar, halüsinasyonlar ya da paranoya gerçek psikotik semptomların varlığı
- Geçmişte bu ilaçlar antipsikotik özelliklerinden çok, sıklıkla sedatif özellikleri yönünden seçilmiş
- Modern yaklaşım, sedasyonu en aza indirmek, en düşük dozu kullanmak
- Haloperidol 2-3 mg/gün dozlarda anlamlı etki gösterdiği halde, bir grup hastada da orta-ağır derecede ekstrapiramidal bulgular gelişmekte
- Oysa daha düşük dozlarda da etkinlik sağlanamamakta
- Ekstrapiramidal hareket bozuklukları, sedasyon ve tardiv diskinezi gibi yan etkiler, yaşlılıkta daha sık görülmekte

Atipik antipsikotikler

- “Atipik” antipsikotikler (risperidon, olanzapin, ketiapin) ekstrapiramidal yan etkileri azaltabilirler.
- Ancak, konvansiyonel antipsikotiklerden daha pahalı
- Risperidon, hem psikotik semptomlar ve fizik agresyon, hem de genel DPS ölçütleri için haloperidolden daha etkin bulunmuş, tardiv diskinezi oranı %2.6’dır (eski ajanların beşte biri kadar)
- Olanzapin ve ketiapin de demanstaki DPS’lara oldukça etkili bulunmuş
- Antipsikotik kullanımında “hedef semptomlar” belirlenmeli
- Başlangıç dozu, alışılmış erişkin dozunun 1/3-1/2’si kadar olmalı
- Hızlı doz artışından kaçınılmalı

Antidepresanlar

- Demanslı hastalarda depresyon, mutlaka tedavi edilmeli
- Standart depresyon tanı kriterleri uygulanamıyorsa ampirik tedavi düşünülebilir
- Genelde, ilk tercih ilaç grubu selektif serotonin geri alım inhibitörleri
- Sitalopram kullanımı, demansta genel iyilik ölçütleri yanında, depressif semptomlar için de etkin
- Antikolinergik etkiyle deliryum riski açısından genelde trisiklik antidepresanlardan kaçınılmalı
- Yavaş etki başlangıcı nedeniyle istenen doza ulaşıldıktan sonra, 5-6 hafta zaman tanınmalı

- Tedavide başarısızlığın en sık nedeni yetersiz doz
- Bir SSRI ile başarı sağlanamazsa, bir diğeri veya başka nörotransmitter ve/veya reseptör üzerine etkili ajanlar denenebilir
- Çekilme ya da psikomotor retardasyon varlığında venlafaksin ya da bupropion gibi aktive edici ajanlar tercih edilir
- Anoreksi varlığında mirtazepinin iştah artırıcı yan etkisinden yararlanılabilir
- Depressif semptomlara belirgin anksiyete eşlik ediyorsa, trazodon seçilebilir.
- Trazodon antidepresan dozlarda aşırı sedasyon yaratırken, düşük dozları anti-anksiyete etki için kullanılabilir

Kolinesteraz inhibitörleri

- Kolinesteraz inhibitörlerine ait ilk çalışmalar davranışsal son noktalardan çok, kognitif son noktalar üzerine odaklanmıştır
- Ağır demans olgularında davranışsal semptomlarda da kullanılmakta
- Elde edilen davranışsal yararlar sadece göreceli ve ılımlı düzeyde
- Bu tür bir ajanın kullanılmasına karar verilememişse, DPS'lar üzerindeki potansiyel yararlı etki seçimi etkileyebilir.

Benzodiazepinler

- Anksiyolitik etkilidirler ve demansta da bir miktar yarar sağlayabilirler
- Sedasyon, Paradoksal eksitasyon, Motor ve kognitif bozukluk, Düşmeler ve Yoksunluk semptomları gibi yan etkileri var
- Uyku yapısını değiştirdiklerinden demansta düzenli kullanım önerilmez
- Uyku siklusu bozukluklarının ya da anksiyete durumlarının kısa süreli tedavisi veya anksiyeteye yol açan durumlar öncesi premedikasyon için kullanılmaları önerilir
- Kullanım sonrası kısa ya da daha uzun süreli motor bozukluğa neden olduklarından, premedikasyon sonrasında hastalar düşme riski açısından dikkatle izlenmeli
- Oksazepam ve lorazepam yarı ömürleri kısa olduğundan ve aktif metabolitleri bulunmadığından tercih edilir
- Etki başlangıcı yavaş olduğundan, premedikasyonda en az iki saat önce uygulanmalı

Duygu durum stabilizatörleri

- Davranışsal semptomlarda karbamazepin ve divalproat sodyumun etkin olduğu ve genelde iyi tolere edildikleri gösterilmiş
- Somnolans ve motor semptomlar kullanımlarını sınırlandırabilir
- Divalproat sodyumun daha az yan etki ve ilaç etkileşimi avantajı var
- Gabapentin, topiramet ve lamotrijinin anekdotal etkili olduğu bilinmekte
- Tedavi penceresinin darlığı, yan etkilerin sık ve şiddetli olması, yeterli veri bulunmaması nedeniyle, lityumun kullanımı sınırlı
- Bu grup; genelde diğer tedavilerin yetersiz olduğu durumlarda önerilir

Farmakolojik tedavi dozları

İlaç	Başlangıç Dozu (mg/gün)	Ortalama Hedef Doz (mg/gün)
Konvansiyonel Yüksek Potensli Nöroleptikler		
Haloperidol	0.25-0.5	1-2
Atipik Antipsikotikler		
Risperidon	0.25-0.5	0.75-1.75
Olanzapin	2.5-5	5-7.5
Anksiyolitikler		
Lorazepam	0.5-1	1.5-2
Oksazepam	5-10	10-30
Buspiron	10	30
Trazodon	25-50	50-100
Duygu durum Stabilizatörleri		
Karbamazepin	100-200	400-600
Divalproat	125-250	500-750

Özetle

- Organik nedenleri ekarte etmeyi dene
- Olumlu cümleler kullan
- Sakin ve gülümseyerek yanıt ver
- Yanlışlarını düzeltmeye çalışma
- Israr ederse dikkatini başka yöne çekmeyi dene
- Gece gündüz dengesini korumaya çalış
- Kendini faydalı hissedeceği kolay uygulanabilir etkinlikler planla
- Nonfarmakolojik yol yetersizse farmakoterapi açısından değerlendir

Esasen davranışsal semptomlarda yöntemimiz...

- Dinle
- Dikkat et
- Unutma! Her bireyin farklı ihtiyaçları var





International Symposium on Primary Healthcare, Palliative Care and Family Medicine Training

Honorary President

Enver İlhan
M.Burak Öztıp

Symposium President

Yasemin Kılıç Öztürk
Savaş Yakan

Symposium Secretary

Alinur Aslan
Hande İleri
Demet Merder

Organizing Committee

Alinur Aslan Birgül Durna
Feyza Barlas Hande İleri
Nuri Biçaklılar Yasemin Kılıç Öztürk
Kamuran Bıtrak Ebrar Kırazlı
Hüseyin Can Demet Merder
Aylin Demirci Mustafa Uzan

Scientific Committee

Hande Büyükdag Demet Merder
Hüseyin Can Haluk Mergen
Aylin Demirci Yasemin Kılıç Öztürk
Onur Dika Hülya Parıldar
Z. Özün Erinc Nii Tekin
Y. Adnan Güçlü M. Mustafa Uzan
Hande İleri Lisa Toemen
Özge Kurtel Yanica Vella

20th May 2025

İzmir Tepecik Training and Research Hospital,
Nejat Aksu Conference Hall, İzmir, Türkiye

Sempozyum dili İngilizcedir
Sempozyum tüm sağlık çalışanlarının katılımına açıktır
Katılım ücretsizdir

The language of the symposium is English
The symposium is open to all healthcare professionals
Participation is free of charge



3. ULUSLARARASI DOĞU KARADENİZ AİLE HEKİMLİĞİ KONGRESİ

Ordu Üniversitesi ve Kotyora Aile Hekimliği Sağlık Yönetimi ve Eğitimi Derneği işbirliği ile 22-24 Mayıs 2025 tarihleri arasında düzenlenecek olan uluslararası kongremizin açılış törenini onurlandırmanızı dileriz.

Prof.Dr. Özgür ENGİNYURT
Kongre Başkanı

Prof.Dr. İlhami ÜNLÜOĞLU
Kongre Onursal Başkanı

Prof.Dr. Orhan BAŞ
Ordu Üniversitesi Rektörü



23 Mayıs 2025



15:30



Ordu Kültür ve Sanat Merkezi



TEŞEKKÜRLER...