

Demans tablolarının ayırıcı tanısı: Bir gözden geçirme

İrem YALUĞ,¹ Aslıhan Özlem POLAT,¹ Ali Evren TUFAN²

ÖZET

Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde yaşlıların genel nüfusa oranı artan yaşam süresine bağlı olarak artmaktadır. Türkiye'de de 1990 nüfus sayımında, 4.032.656 bireyin 60 yaş üzerinde olduğu bildirilmiştir. Toplumun bir parçası olan yaşlı bireyin, yaşamının bu döneminde yaşam kalitesinin korunması ve aktif bir yaşam sürmesinin sağlanması hekimlerin ve toplumun bu konudaki duyarlılığını gerektirmektedir. Yaşlıların psikiyatrik bakımı bu bakımdan hayati önem taşımaktadır. Yaşlılıkta en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklar ise bilişsel bozukluklardır. Dolayısıyla bu yazıda, yaşlılarda demans ile karışabilecek tabloların özellikle klinik bulguları açısından gözden geçirilmesi ve ayırıcı tanıya yardımcı olabilecek özelliklerinin vurgulanması amaçlanmıştır. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7:173-178*)

Anahtar sözcükler: Demans, psödodemans, ayırıcı tanı, geropsikiyatri

The differential diagnosis of dementias: a review

ABSTRACT

Objective: The elderly population is increasing in developing countries like Turkey, due to increasing lifespan. It was reported in 1990 population survey that 4032656 Turkish citizens were over 60 years old. To protect the quality of life of elderly people as an integral part of society and to ensure an active life needs sensitivity from physicians and society. The psychiatric care of the elderly is crucial in this aspect. The most common psychiatric disorders in the elderly are cognitive disorders. Therefore, in this paper the etiology of syndromes resembling dementias (pseudodementias) were reviewed according to their clinical findings and features which could help differential diagnosis. **Methods:** Selected papers of importance on Ganser Syndrome, hysterical pseudodementia, depressive pseudodementia, simulation and other disorders were reviewed and their results summarised. **Results and Discussion:** Features of organic dementia which are important in the early stages for diagnosis include an insidious course, worsening of symptoms at nights, a lack of insight to and denial of cognitive problems, tempoal and parietal lobe dysfunction, dysnomia and short term memory problems, "katastophenreaxion", shallow and labile mood, dysphasia, dyspraxia, agnosia and incontinence. Early stages of organic dementia may mimic pseudodementia. Also, several mechanisms may act at the same time in some patients. Therefore, even in patients suspected of pseudodementia screening for organic disorders must be made. Hysterical pseudodementia and simulation may require a prolonged mental status examination, even involving multiple sessions. (*Anatolian Journal of Psychiatry 2006; 7:173-178*)

Key words: dementia, pseudodementia, differential diagnosis, geropsychiatry

¹ Yrd.Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, KOCAELİ

² Arş.Gör.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı, KOCAELİ

Yazışma adresi: Dr. İrem YALUĞ, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, Umutepe/KOCAELİ
E-posta: dryalug@yahoo.com

GİRİŞ

Yirminci yüzyılda tıp, bilim ve teknoloji alanındaki gelişmelere paralel olarak dünya nüfusundeki artış hızlanmış, 1900 yılında 1.650 milyar olan dünya nüfusu, 1950'de 2.520 milyara ulaşmıştır. Birleşmiş Milletler'in istatistiklerine göre 2050 yılında Türkiye nüfusu 100664000 olacaktır.^{1,2}

Beklenen yaşam süresinin uzaması ve doğum hızının azalması ile dünya nüfusu elli yıl öncesine göre daha hızlı yaşlanmıştır. Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusunun artışı daha fazla olmaktadır. Altmış yaş ve üzerindeki nüfusun 1998-2050 yılları arasında 9 kattan daha fazla artacağı düşünülmektedir. Aynı dönemde ortalama yaş 37.1 yıldan 47.4 yıla ulaşacaktır.¹⁻³

Gelişmekte olan bazı ülkelerde 60 yaş ve üzerindeki popülasyon tüm nüfustan daha hızlı artmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerin tüm nüfusunun 1998-2020 yılları arasında %95 oranında, yaşlı popülasyonun ise yaklaşık %240 oranında artacağı öngörülmektedir.^{1,2} Türkiye'de de 1990 nüfus sayımında 4.032.656 bireyin 60 yaş üzerinde olduğu saptanmıştır.² Yaşlılık, yaşam sürecinin çocukluk, gençlik ve erişkinlik gibi doğal bir çağıdır. Toplumun bir parçası olan yaşlı bireyin, yaşamının bu döneminde yaşam kalitesinin korunması ve aktif bir yaşam sürmesinin sağlanması hekimlerin ve toplumun bu konudaki duyarlılığına odaklanmaktadır.³ Yaşlıların psikiyatrik bakımı bu bakımdan yaşamsal önem taşımaktadır.

Yaşlılıkta en sık görülen psikiyatrik bozukluklar bilişsel bozukluklardır. Demans, nöronlarda yapısal hasara bağlı olarak bellek ve diğer bilişsel işlevlerde edinsel bozukluk oluşması ile giden bir sendromdur.⁴ Psödodemans ise, klinik görünümün organik demansı düşündürmesine karşın, fiziksel bir neden bulunamayan demanslara verilen addır. Klinik görünüm ve nedenlerine göre Ganser Sendromu, histerik psödodemans, depresif psödodemans ve temaruz olarak gruplandırılır. Ayrıca daha nadir bozukluklarda da demansa benzer tablolar görülebilmektedir.⁵⁻⁷ Bu yazıda, psödodemans tablolarının özellikle klinik bulguları açısından gözden geçirilmesi ve ayırıcı tanıya yardımcı olabilecek özelliklerinin vurgulanması amaçlanmıştır.

Ganser Sendromu

İlk olarak 1898 yılında, Ganser tarafından 3

tutukluda tanımlanan psödodemans tablosudur.⁵ Ayırt ettirici özelliği hastanın kendisine sorulan soruya hatalı yanıt vermesidir (Ganser yanıtı, "vorbeireden"). Almanca "vorbei" önünden geçerek, yanından geçerek, "reden" ise konuşmak anlamına gelmektedir. Bu sözcük Ganser yanıtının ayırt ettirici özelliği olan teğet geçmeyi yansıtmaktadır. Ganser yanıtı, bazen absürt olacak şekilde hatalıdır (Örneğin, Ganser'in orijinal hastalarından biri kendisine bir bozuk para gösterilip bunun ne olduğu sorulduğunda, saat zincirine asılan bir harita olduğunu söylemiştir). Yanıtlar bu özellikleriyle, hasta tarafından sorunun amacının bir şekilde bilindiği duygusunu verir. Doğru yanıtı çok yakın olarak verilen yanıtlar, doğru yanıtın da hasta tarafından bir düzeyde bilindiği şüphesini uyandırabilir. Hatalı yanıtlar ciddi bir tavırla ve üzerinde düşünüldükten sonra verilir. Doğru ve hatalı yanıtlar karışık olarak verilebilir ve birbirini izleyebilir. Ganser yanıtı, tanım gereği muayene eden tarafından yapılan öznel bir değerlendirmeyi içermektedir. Yanıtların aynı zamanda şizofrenik düşünce bozukluğu, erken demans veya bilinç bulanıklığındakine benzer olabileceği bildirilmektedir.⁸ Ganser yanıtı konfabülasyona benzese de, gerçek dışılığı ve rasgele olması özelliğiyle ayırıcı fayda sağlar.⁵ McGrath ve McKenna, "vorbeireden" veya Ganser yanıtının, hasta tarafından "Deliyim, ama akıllıyım da!" iletisi verilmesini sağladığını bildirmektedir.⁹ Yakın tarihli çalışmalarda ise, Ganser yanıtının aynı zamanda fronto-temporal demanslarda da görülebildiği ve frontal ve temporal loblar arası bağlantının bozulmasına bağlı olabileceği öne sürülmüştür.¹⁰

Ganser sendromunda görülen demans genellikle tam ve sabit değildir. Hastalar verdikleri yanıtlarla kendilerine sık sık ters düşerler. Yönelim bozukluğu görülebilir. Ancak bilişsel yeti yitimi kendisini hastanın genel görünüşü ve davranışlarında göstermez. Ganser'in orijinal hastalarında belirgin işitsel ve görsel varsanılar, histriyonik bulgular, değişken bilinç durumu, hızlı bir iyileşmenin ardından hastalık dönemi için tam bir bellek kaybı tanımlanmıştır.⁵ Ancak, tanımlandığı şekliyle tam sendrom son derece nadirdir. Kısmi veya tam Ganser hali, psikotik depresyonda veya şizofreni hastalarında, kafa travması sonrasında, organik demansın erken evrelerinde, frenginin üçüncü evresinde, zehirlenme durumlarında, duygusal travmada ve fronto-temporal demanslarda görülebilir.^{5,10} Bu nedenle "vorbeireden"i içeren Ganser belirtisi sık olsa da, Ganser Sendromuna nadir rastlan-

diği belirtilmektedir.¹¹ Ganser, hastalarda ayrıca histriyonik görümlerinin olması gerektiğinden söz etmektedir.⁵ Dolayısıyla, bu durumun gelişmesinde histriyonik düzenekler önemli olabilir. Ganser sendromunda görülen varsanılar da histriyonik durumlarda görülen psödovarsanılarla benzeyebilir. Histriyonik varsanılarda olduğu gibi, Ganser sendromunda da görülen varsanıların içeriği hastanın çatışmalarına bağlıdır. Bu hastalarda temaruzdan şüphelenilebilir. Ancak temaruzda kendiliğinden, gerçek dışı yanıtların görülmemesi ve Ganser sendromunda hastaların yanıtlarının doğru olduğundan emin olmaları ayırıcı tanıda kolaylık sağlayabilir. Ganser'in orijinal hastaları tutuklu olduğundan bu duruma "ceza evi psikozu" da denilmektedir. Ganser sendromu sıklıkla kişisel, yasal ve diğer sorunlarla bir arada olabilir. Hastalarda stresörlerin varlığı nedeniyle temaruz tanısının hemen konulmaması ve Ganser sendromunun temaruzla beraber olabileceğinin de göz önünde tutulması önerilmektedir.⁵

Olguların çoğu kafa travmasından sonra bildirildiğinden, bu duruma serebral işlev bozukluğu da katkıda bulunabilir. Günümüzde Ganser Sendromu olgularının çoğunda organik ve ruhsal etkenlerin bir arada işlediği düşünülmektedir.¹⁰ Bazen Ganser belirtileriyle beraber katonik görümlü ve diğer şizofreni bulguları görülebileceği gibi, Ganser durumu şizofreniyi de önceleyebilir. Şizofrenik düşünce bozukluğu ile "vorbeireden" ayrımı bu tür durumlarda zor olabilir. Ganser yanıtının fronto-temporal demansı da önceleyebileceği ileri sürülmüştür.¹⁰

Hangi durumda olursa olsun, Ganser yanıtının saptandığı bir hastanın klinik açıdan yakın takibi önerilmektedir.⁵

Histriyonik Psödodemans

Psödodemans tabloları arasında en kolay ayırt edilebilenlerden biri olsa da, psikojenik bozukluklar organik bozuklukların erken evrelerinde de görülebileceğinden tanının sık sık gözden geçirilmesi önerilmektedir.

Histerik psödodemans, çoğunlukla zeka kısıtlılıkları ile beraber görülmektedir. Bazen hastada kendiliğinden konuşma olmayabilir (mutizm) ya da tek tek hecelerle konuşma görülebilir. Diğer bulgular arasında çağrışımların çözülmesi, yönelim bozukluğu, bilişsel testlerde bozukluk, somut düşünce, Ganser yanıtı sayılabilir. Bu hastalarda bulguların birbirine karşıt olması, sabit olmaması ve perseverasyon görülmesinin ayırt ettirici olabileceğinden söz edil-

mektedir. Verilen yanıtlar, belirgin biçimde hatalı ve tiyatroya olabir. Hastalar çoğunlukla telkine yatkındır. En temel bilgi ve deneyimle ilgili sorulara dahi yanıt verilemez. Hastaların servisi içerisinde davranışlarının ruhsal durum muayenesinde saptanan kısıtlılıklarla uyumsuz olması tanı koydurucudur. Bazen, diğer konversiyon belirtileri de görülebilir. Hastaların çoğunda güzel aldırma (la belle indifférencé) da görülebilir. Hastanın duygusal yanıtları yüzeyseldir, ikna edici değildir. Daha ağır hastalarda histriyonik infantilizm veya puerilizm (histriyonik çocukluk) olarak adlandırılan tablo görülebilir. Bu hastalarda yürüme, konuşma, idrar ve dışkı kontrolü kaybolabilir. Histriyonik amnezi görülebilir. Bu tür olgular nadir olsa da, hastanın geçmiş öyküsünden elde edilebilecek oynak kişilik yapısı, dissosiyatif amnezi ve ikincil kazançların sorgulanması tanıda yardımcı olabilir.⁵⁻⁷

Kennedy ve Neville beyin hasarının ilkel kaçış düzeneklerinin ortaya çıkmasını kolaylaştırabileceğini veya strese dayanma eşiğini düşürebileceğini öne sürmüşlerdir.¹² Histriyonik psödodemans olgularında da kaçış genellikle basit durumlardan olmaktadır. Alınan öyküde, sıklıkla değişken kişilik yapısı ve konversiyon tepkileri ile uyumlu bilgiler bulunur. Tipik olarak emosyonel travma sonrası görülmektedir.

Yaşlılarda bu tür psödodemans son derece nadir olabilir. Hepple, 12 yıllık bir sürede ancak 10 olgu ile karşılaştığını bildirmiştir. Bu olgu serisine göre, yaşlılarda histriyonik psödodemans daha çok üst sosyoekonomik sınıftan gelen, kadın hastalarda görülmektedir.¹³

Histriyonik psödodemansın ayırıcı tanısında bulguların Ganser sendromundan daha yüzeysel olması, bir kısım temaruz belirtilerinin olması, Ganser sendromunun kısa olmasına karşılık histriyonik psödodemansın uzun sürmesi ve sıklıkla yinelenmesi önemlidir. Depresif psödodemansın tersine melankolik bulgular görülmemektedir. Ayrıca bilişsel sınırlılıklar depresif psödodemandan daha yaygın ve gerçektir.⁵

Temaruz

Yaşlı hastalarda temaruz, özellikle kişisel zarar gördükleri olaylardan sonra ve dava süreçlerinde gözlenebilir.^{14,15} Histriyonik psödodemans-ta olduğu gibi, bu hastaların da dikkatle gözlenmesi, davranışlarında gerçek bilişsel kısıtlılıkla olan uyumsuzlukları açığa çıkarır. Temaruz hastalarında karmaşık bir görünümünden çok, tek başına bir belirtinin, özellikle de yönelim bozuk-

luğunun daha yaygın olduğu bildirilmektedir.¹⁵ Bu hastalarda ruhsal durum muayenesi işbirliği kurulamadığından veya mutizm nedeniyle yapılamayabilir. Bu tür durumlarda hastanın davranışlarının gözlenmesi ile uyumsuzluklar açığa çıkarılabilir. İşbirliği kurulabilen temaruz olgularında ruhsal durum muayenesinin ayrıntılı ve uzun bir şekilde yapılmasının çelişkileri açığa çıkararak tanıda yardımcı olduğu bildirilmektedir.⁵⁻⁷

Benton ve Spreen görsel tasarımları kopyalarken temaruz hastalarının şekil bozukluğu hatalarını daha sık; ihmal, perseverasyon ve boyutlandırma hatalarını daha nadir yaptıklarını bildirmişlerdir.¹⁶ Bu hastaların nöropsikolojik testlerdeki genel performansları değerlendirildiğinde ise, hem tanıma, hem de geri getirme işlevlerinin bozulduğu bildirilmektedir.¹⁷ Brandt ve arkadaşları 20 sözcük çiftinden oluşan bir sözcük tanıma testinin ayırıcı tanıda kullanılabilirliğini ve %50'nin altında bir başarının temaruzu gösterebileceğini bildirmektedir.¹⁸ Basit bir sözcük listesini hastaya okuyarak, anımsamasını isteme de faydalı olabilir. Normalde, böyle bir listenin başındaki ve sonundaki sözcükler daha iyi anımsanır. Organik bozukluğu olan hastalarda listenin sonundaki sözcükleri anımsama yetisi normalken, listenin başındaki sözcükler daha az anımsanmaktadır.⁵

Temaruzun ayırıcı tanısında en çok zorluğu konversiyonun ortaya çıkardığı ve olguların çoğunda bu iki tablonun bir karışımının görüldüğü bildirilmektedir. Temaruz hastası, davranışlarında olabilecek uyumsuzluklara karşı sürekli tetikte ve gergindir. Yakınmalarıyla uyumsuz bulguları kendisine gösterildiğinde gerginleşir ve bu bulguları açıklamaya çalışır. Oysa histriyonik psödodemans hastası kendisine işaret edilen uyumsuz bulgulara bir tepki vermez veya şaşırır. Uyumsuzluklar daha belirgin ve genelde çatışmaya yol açan durumla ilgilidir. Histriyonik hastaların telkine yatkınlığı da ayırıcı tanıda kolaylık sağlar. Tam olarak işbirliği kurulamayan hastalarda temaruzdan şüphelenilmelidir.⁵

Bu hastaların hem adli, hem de sağlık harcamalarına yaptıkları olumsuz etki nedeniyle, geropsikiyatride temaruz hastalarını ayırt edebilecek ölçekler üzerine çalışmalar sürdürülmektedir.¹⁹

Depresif Psödodemans

Saf olarak görülebileceği gibi, yukarıda sayılan biçimlerden biri ile karışık olarak da görülebilir. Depresyon, yatkın olan hastalarda histriyonik

düzenekleri aktive edebilir. Depresyon sırasında belirgin bilişsel kısıtlılık kişisel yatkınlıkla da ilgili olabilir. Depresyon sırasında görülen psikomotor yavaşlama ve çevreye ilgi kaybı tanıyı zorlaştırır. Ayrıca, çökkün yaşlı hastalar fiziksel yakınmalarını daha çok öne çıkarma ve mizaç değişikliklerini bildirmeme eğilimindedir. Görülen depresyon ve ajitasyon demansa ikincil olarak değerlendirilebilir. Demansın erken evresinde EEG ve sinir sistemi görüntülemesi ile bir bulgu saptanamayabilir. Ayrıca depresyon demansın erken evrelerine sıkça eşlik eder.^{5-7,20} Bütün bu nedenlerle depresif psödodemansın ayırıcı tanısı zordur ve organik demanslarla en sık karışan durumdur.

Depresif psödodemans akut olma eğilimindedir. Hastaların yakınları veya bakıcıları depresif belirtilere tanık olabilirler. Öyküden bu belirtilerle ilişkili olabilecek bir yaşam olayı ile ilgili bilgi alınabilir. Demans hastasında duygular sığken, depresif hasta sıkıntılıdır. Demansın tersine, depresif psödodemans hastaları bilişsel zorluklarından yakınır. Organik bozukluğu olan hastalar yanıtlamadıkları sorularda kendilerince bir takım özürler bulur veya konfabülasyona başvururken, depresif psödodemans hastası bilmediğini söyler. Depresif psödodemans hastasının bilişsel testlerdeki performansı belirgin bir gidiş izlemez; bazen iyi, bazen kötüdür. Depresif psödodemans hastalarında birincil kısıtlılığın dikkat alanında olduğu bilinmektedir. Bu nedenle bazı yazarlar bu tabloya "depresif psödodemans" yerine "depresif deliryum" denmesinin daha doğru olabileceğini ileri sürmektedirler.⁷ Bu hastalarda disfazi ve dispraksi bulunmaz. Aile öyküsünde affektif yüklülük bulunur. Bilişsel işlev özellikle sabahları daha bozuktur. Organik demansta sanrılar daha çok paranoid olmasına karşılık, depresif psödodemanda sanrılar duygudurumla uyumludur. Hastaların yaşam etkinliklerinin bilişsel kayıplarıyla uyumsuz olması da tanıya yardımcı olabilir.^{5-7,21}

Ayrıcı tanının zor olduğu olgularda sodyum amital veya diyazepam verilmesi faydalı olabilir. Bu durumda organik olgular kötüleşirken, depresif psödodemanda depresif düşünceler açığa çıkar ve bilişsel zorluklar ortadan kalkar. Uyku deprivasyonu ayırıcı tanıda faydalı olabilecek diğer bir yöntemdir.

Reynolds ve arkadaşlarının bulgularına göre REM (rapid eye movement, uykuda hızlı göz hareketleri evresi) latansı, REM uykusunun oranı, non-REM uykuda K kompleksleri ve uyku içciklerinin kaybı ve sabahları erken uyanma

depresif olguların 2/3'ünün ayrımını sağlamaktadır.²² Dykierik ve arkadaşları ise, REM dansitesinin latanstadan daha duyarlı bir tanı aracı olduğunu ve bu sayede olguların %86'sına tanı konabildiğini bildirmektedirler.²³ Depresyonda hipokampusta görülen atrofının glukokortikoid toksisitesine bağlı olduğu, Alzheimer hastalığının patolojisinin ise entorhinal korteksten kaynaklandığı bilinmektedir.⁵ Dolayısıyla hipokampal hücre sayısında görülen azalma, depresyonun Alzheimer hastalığına yol açmasına neden olabilir. Berger ve arkadaşları depresif hastalarda demans gelişimi açısından özellikle motivasyonel belirtilerin risk taşıdığını vurgulamaktadır.²⁴ Nebes ve arkadaşları çökün yaşlılarda bilgi işleme hızı ve beyinde ak maddenin azaldığını saptamış ve bu belirtilerin kalıcı olabileceğini ileri sürmüşlerdir.²⁵ Bütün bulgular göz önüne alındığında depresyonun ileride demans gelişimi açısından bir risk etkeni olabileceği düşünülmektedir.²⁶ Günümüzdeki görüş ise, depresyondaki bellek bozukluklarının hafif bilişsel yeti yitimini ve demansı önleyebileceği yönündedir.²⁷ Bu nedenle depresif psödodemans hastaları, demansa dönüşebilecekleri göz önüne alınarak uzunlamasına bir süreç içerisinde izlenmelidir.

Diğer Psödodemanslar

Hipomani nadiren demansa benzer bir klinik görünüm gösterebilir. Mani tablosunda görülen çelinebilirlik ve rasgele yanıtlarlar yönelim ve bellek bozukluğu ile karışabilir. Özellikle yaşlılarda görülen manik nöbetlerde aşırı aktivite ajitasyonla karışabilir, çağrışımlarda çözülme ve öz bakımın azalması organik bir süreç düşünüldürebilir.

Yaşlılarda görülen şizofrenide şizofreninin birinci sıra belirtileri veya şizofrenik düşünce bozukluğu geri planda olabilir ve sorgulanmaları gerekir. Tanı genellikle takiple belirginleşir. Kronik

şizofreni hastalarında görülen demans ilerleyici değildir. Odaklanma, düşünceleri düzenleme ve iç uyaranları engellemedeki bozukluklara bağlı olduğu düşünülmektedir. Biyokimyasal olarak azalmış kolin asetil transferaz aktivitesi, kortikal noradrenalin ve serotonin eksikliklerine bağlı olabilir.⁵⁻⁷

SONUÇ

Organik demans hastalarında gidişin yavaş olması, hastaların geceleri kötüleşmesi, hastanın bilişsel bozukluğunun farkında olmaması, dikkati çekildiğinde de yadsıması, önemsiz başarılarının üzerinde durması, temporal ve parietal lob işlev bozuklukları, yapılandırma bozukluğu, disnomi ve yakın bellek bozukluğu, daha iyiyi yapmak için çabalamasına rağmen başaramadığında kızgınlıkla tepki vermesi (katakastopenreaxion), duygudurumun sığ ve değişken olması, disfazi, dispraksi, agnozi ve inkontinans varlığı erken dönem tanıda yardımcı olabilir. Çöküntü ve duygusal değişkenliğin vasküler demansla da birlikte bulunduğu akılda tutulmalıdır.⁵⁻⁷

Organik mental bozukluğun erken dönemlerinde hastalar psödodemansları olduğundan şüphelenilmelerine yol açacak biçimde davranabilirler. Ayrıca klinik görünümüne bazen saf, bazen karışık biçimde birkaç düzenek katkıda bulunabilir. Dolayısıyla psödodemansı olan bir hastada birkaç etken birden akılda bulundurulmalı ve her hastada organik tetkikler yaptırılmalıdır. Özellikle histriyonik psödodemans ve temaruz olgularında ruhsal durum muayenesi uzun ve ayrıntılı bir şekilde yapılarak kaydedilmeli ve sık sık yinelenmelidir. Bu olgularda konfabülasyon ve perseverasyonun daha çok organik olgularda görüldüğünün akılda tutulması ve hastanın günlük yaşam etkinliklerinin sorgulanması tanıya yardımcı olabilir.

KAYNAKLAR

1. United Nations, Population Division, Department of Economic and Social Affairs, Ageing: <http://www.who.int/whosis>.
2. Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü Başkanlığı, <http://www.die.gov.tr>.
3. Gökçe Kutsal Y. Yaşlanan dünya, yaşlanan toplum, yaşlanan insan. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni 2003; 3-4:1-6.
4. Raskind MA, Bonner LT, Peskind ER. Cognitive disorders. DG Blazer, DC Steffens, EW Buse (eds), Textbook of Geriatric Psychiatry, Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2004, p.207-208.
5. Lishman WA. Senile demencias, presenile demencias and pseudodementias. Organic Psychiatry, The Psychological Consequences of Cerebral Disorder, third ed., Oxford, Blackwell, 2003, p.479-490.
6. Işık E, Irkeç C. Demans. E Işık (ed), Organik Psikiyatri, Ankara, Nehir Grafik Tasarım, 1999, s.87-90.

7. Weiner MF, Lipton AM. Differential diagnosis. MF Weiner, AM Lipton (eds), *The Dementias: Diagnosis Treatment and Research*, third ed., New York, American Psychiatric Publishing, 2003, p.137-180.
8. Whitlock FA. The Ganser syndrome. *Br J Psychiatry* 1967; 113:19-29.
9. McGrath SD, McKenna J. The Ganser syndrome: a critical review. *Proceedings of the Third World Congress of Psychiatry, Montreal, 1961*, p.156-161.
10. Ladowsky-Brooks RL, Fischer CE. Ganser symptoms in a case of frontal-temporal lobe dementia: is there a common neural substrate? *J Clin Exp Neuropsychol* 2003; 25:761-768.
11. Scott PD. The Ganser syndrome. *Br J Criminol* 1965; 5:127-131.
12. Kennedy A, Neville J. Sudden loss of memory. *BMJ* 1957; 2:428-433.
13. Hepple J. Conversion pseudodementia in older people: a descriptive case series. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004; 19:961-967.
14. Gittelman DK. Malingered dementia associated with battered women's syndrome. *Psychosomatics* 1998; 39:449-452.
15. Andrikopoulos J. Malingering disorientation to time, personal information, and place in mild head injured litigants. *Clin Neuropsychol* 2001; 15:393-396.
16. Benton AL, Spreen O. Visual memory test: the simulation of mental incompetence. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4:79-83.
17. Bernard LC, Houston W, Natoli L. Malingering on neuropsychological memory tests: potential objective indicators. *J Clin Psychol* 1993; 49:45-53.
18. Brandt J, Spencer M, McSorley P, Folstein MF. Semantic activation and implicit memory in Alzheimer disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1988; 2:112-119.
19. Teichner G, Wagner MT. The Test of Memory Malingering (TOMM): normative data from cognitively intact, cognitively impaired, and elderly patients with dementia. *Arch Clin Neuropsychol* 2004; 19:455-464.
20. Özaşkın S, Öztürk Ö, Eraslan D, Bora E. Yaşlılık ve depresyon. *Yaşlılık ve Psikiyatri*, İzmir, Çelikkol Yayıncılık, 2005, p.15-24.
21. Sivrioğlu Y, Kırılı S. Depresyon-demans ayırıcı tanısı. *Demans Dergisi* 2001; 1:37-41.
22. Reynolds CF 3rd, Kupfer DJ, Houck PR, Hoch CC, Berman SR et al. Discrimination of elderly depressed and demented patients by electroencephalographic sleep data. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:258-262.
23. Dykieriek P, Stadtmüller G, Schramm P, Bahro M, van Calker D, Braus DF et al. The value of REM sleep parameters in differentiating Alzheimer's disease from old-age depression and normal aging. *J Psychiatr Res* 1998; 32:1-9.
24. Berger AK, Fratiglioni L, Forsell Y, Winblad B, Backman L. The occurrence of depressive symptoms in the preclinical phase of AD: a population-based study. *Neurology* 1999; 53:1998-2002.
25. Butters MA, Becker JT, Nebes RD, Zmuda MD, Mulsant BH, Pollock BG et al. Changes in cognitive functioning following treatment of late-life depression. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1949-1954.
26. Kennedy GJ, Scalmati A. The relationship of depression and dementia. *Curr Opin Psychiatry* 2001; 14:367-369.
27. Geda YE, Knopman DS, Mrazek DA, Jicha GA, Smith GE, Negash S et al. Depression, apolipoprotein E genotype, and the incidence of mild cognitive impairment: a prospective cohort study. *Arch Neurol* 2006; 63:435-440.