

YAŞLILIKTA BİLİŞSEL VE PSİKOLOJİK DEĞİŞİM

Yaşlanma insanoğlu için geciktirilebilse de kaçınılmaz bir sondur. Yaşlanma çok farklı açılardan incelenebilecek, karmaşık ve çok boyutlu bir gelişim evresidir. Bireysel farklılıklar göstermekle birlikte, 65 yaş (kronolojik yaş) 1982 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından yaşlılığın başlangıç yaşı olarak belirlenmiştir. Yaşlanma için bir başlangıç yaşı belirlemeye emeklilik, mal alım-satım ehliyeti vb. yasal/hukuki ve bürokratik işlemlerde kolaylık sağlamak gibi pratik gereksinimler neden olmuştur. Buna karşın bilim insanları kronolojik yaş (doğumdan itibaren geçen yıl sayısı) dışında, biyolojik yaş (bedensel yapı ve süreçlerin durumu), psikolojik yaş (bireyin çevresine ve değişen koşullara adaptasyon düzeyi), sosyal yaş (toplumun yaşlıdan beklentileri) şeklinde farklı tanımları da kullanmaktadır. Buna göre, örneğin; 70 yaşında (kronolojik yaş) bir erkeğin fiziksel sağlığı (biyolojik yaş) çok yerinde, olmasına rağmen, ciddi bellek yakınmaları (psikolojik yaş) olabilir. Aynı erkek kendisini büyükbaba kimliğinden çok, başarılı bir ressam kimliği (sosyal yaş) ile tanımlayabilir. Aslında yaşlanma denilen süreci bu yaş tanımlarının bir bileşkesi olarak kabul etmek en uygun yaklaşım olacaktır.

Normal Yaşlanma Süreci İle Birlikte Ortaya Çıkan Bilişsel Değişiklikler

Normal yaşlanma süreci ile beraber bazı bilişsel işlevlerde gerileme gözlenirken, bazıları korunmakta (sözel beceriler, yaratıcılık gibi) bazılarında ise belli belirsiz bozulmalar ortaya çıkabilmektedir. Anılan

bu bilişsel değişiklikler kişiden kişiye değişebileceği gibi, aynı kişide farklı bilişsel boyutları, farklı düzeylerde etkileyebilmektedir. Yaşlanmayla beraber ortaya çıkan bilişsel gerileme bazı kişilerde günlük hayatı ve sosyal ilişkileri etkileyecek düzeye ulaşmazken; bazı kişilerde Alzheimer hastalığı gibi ciddi bilişsel kayıplarla seyreden demanslara neden olabilmektedir. Bilişsel yaşlanma olgusu kazançlar, kayıplar ve korunan işlevlerin birlikte ele alınmasını gerektirir. Bilişsel yaşlanma alanının öncüsü Baltes'e göre, kazançlar ve kayıplar sadece yaşlılık dönemi için değil, yaşam boyu tüm gelişim dönemleri için geçerlidir. Ancak, kazançların kayıplara oranı genç yaşlarda daha fazla iken ilerleyen yaşlarda azalmaktadır.

Normal yaşlanma süreci ile birlikte ortaya çıkan bilişsel değişiklikler ile ilgili olarak elde edilen bazı bilimsel araştırma bulguları aşağıda özetlenmektedir:

- Yaşlanmayla beraber bilgi işleme hızı yavaşlar. Dolayısıyla yeni bilgi öğrenme süreci uzar ve yeni bilgi edinmek için daha fazla bilişsel çaba göstermek gerekir.
- Dikkatin farklı boyutları yaşlanmadan olumsuz yönde etkilenir. Buna göre, dikkatin aynı anda eş zamanlı iki göreve bölünmesini (bölünmüş dikkat) gerektiren durumlarda yaşa bağlı gerileme olur. Dikkatin sürdürülmesini (konsantrasyon) gerektiren görevlerde başarısızlık görülür. İlişkisiz bilgilerin veya çeldiricilerin elimine edilmesini ve sadece ilgilenecek hedef uyarıcının belirlenmesini (seçici dikkat) gerektiren görevlerde güçlükler yaşanır, bu tür görevlerde hata yapma olasılığı artar.

- Kısa süreli bellek yaşa bağlı gerilemeden görece daha az etkilenir.
- Uzun süreli bellekte hatırlama performansında, tanıma veya ipucuyla hatırlama performansına göre daha ciddi bir gerileme gözlenir.
- Bazı bellek işlevleri bozulurken, bazıları yaşa rağmen korunur. Örneğin; episodik bellek (Kahvaltıda neler yedim?), kaynak belleği (hasta olduğumu söyleyen doktorun adı, soyadı nedir?), flaş bellekte (Marmara depreminde neredeydim?) önemli ölçüde gerileme görülürken; semantik (kelime bilgisi, kavram bilgisi) ve işlemsel bellek (bisiklete binmek, piyano çalmak) korunur.
- Konuşma, anlamlı kelime ve/veya cümleler üretme, sözlü anlatım ve dilbilgisi gibi dile ait beceriler yaşlanmaya rağmen korunur. Buna rağmen, kelime bulma ve/veya adlandırma, kategoriye uygun kelime bulma (sözel akıcılık) gibi dil beceri bozulmaktadır.
- Üç boyutlu yapılandırma ve şekil kopyalama gibi görsel-mekansal görevlerde gerileme gözlenir. Bilişsel esneklik gerektiren görevlerde başarısızdırlar.
- Yıllar boyunca biriken bilgi birikimi sonucu oluşan pratik deneyimler ve bunun doğal bir sonucu olan 'bilgelik' yaşamın sonuna kadar devam eder.

Normal Yaşlanma Süreci İle Birlikte Ortaya Çıkan Tipik Psikolojik Değişiklikler

Yaşlı bireyler tanı almış psikiyatrik hastalıklara diğer yaş gruplarına göre çok daha az maruz kalmaktadırlar. Buna karşın, bilişsel işlevlerde bozulma ile karakterize olan hastalıkların görülme sıklığı yaşlı grupta daha yüksek olmaktadır.

Yaşlı bireyin yaşamdan zevk alması yani teknik ifadeyle yaşam doyumunun yüksek olması diğer yaş gruplarıyla benzer biçimde, sağlıklı olmak, gelir düzeyinin iyi olması, sosyal ilişkiler ağının güçlü olması ve kişinin yaşamının kontrolünü elinde bulundurduğuna olan inancı gibi çoklu değişkenlerle ilişkilidir. Bu açıdan bakıldığında, yaşlıların genel yaşam doyumunu diğer yaş gruplarından daha iyi olmasa da, kötü de değildir. Buna karşın, kronik hastalıklar, bilişsel kayıplar, günlük yaşamla ve kendine bakımla ilgili aktiviteler açısından bir başkasına bağımlı olmak, yaşlı bakım evinde/huzurevinde kalıyor olmak ve düşük gelir düzeyi yaşlılıkta psikolojik sorunların görülme olasılığını artırmaktadır.

Psikolojik bakış açısıyla, yaşlanmayla beraber görülen hüznün, depresyon ve durgunluk hali bir patoloji olarak değil, bu gelişim döneminin beraberinde

getirdiği kronik sağlık sorunları ile psikolojik kayıplara (eşin, yakınların, işin kaybı gibi) verilen insanca ve doğal tepkiler olarak kabul edilir. Bu durum çoğu kez 'yaşlanmanın depresyonu taklit ettiği' şeklinde de ifade edilmektedir.

Yapılan çalışmalar yaygın kanının aksine (eğer yaşam doyumunu belirleyen çoklu faktörler belli bir düzeyde sağlanmış ise) yaşlı bireylerin, hayata karşı olumlu bir yaklaşım ve bakış açısına sahip olduklarını, hayatın tadını çıkarmak için en uygun zamanda (seyahatler, çocuklar ve torunlarla yapılacak aktiviteler, hobilere zaman ayırmak vb.) olduklarına inandıklarını göstermektedir. Yaşlanmanın en büyük kazancı olarak görülen bilgelik sayesinde kişi mükemmeliyetçilik fantezilerini bir yana bırakıp, içinde bulunduğu anın tadını çıkarmayı öğrenmiş ve kritik hayat olayları karşısında gençlerinkinden daha çeşitli ve kullanışlı çözümler üretmesini sağlayan stratejiler geliştirmeyi hayat biçimi haline getirmiş olur.

Yaşlanma ve Psikolojik Sorunlar

Genç yetişkinleri etkileyen psikolojik durumlar ve/veya bozuklukların tümü yaşlı yetişkinler için de geçerlidir. Yaşlıların psikolojik sorunları genç yaşlarındaki deneyimlerinden kaynaklı psikolojik bozukluklar olabileceği gibi, yaşlanmaya bağlı gelişimsel stres kaynaklarının (eş ve yakınların kaybı, emeklilik, menopoz/andropoz, sosyal izolasyon, kronik hastalıklar, bağımlı kalma korkusu, ölüm korkusu vb) neden olduğu yeni sorunlar da olabilir. Yaşlılıkta gözlenen psikolojik sorunlar çoğu kez çoklu nedenlerden kaynaklanmaktadır. Örneğin, yaşın risk faktörü olduğu demanslar çoğu kez depresyonla birlikte görülmektedir. Ayrıca, yaşlı yetişkinlerin çoğu sağlık sorunları nedeniyle birden fazla tıbbi uygulamaya maruz kaldıkları için, çoklu sağlık sorunlarına ek olarak, ilaç etkileşimleri ve yan etkilerle de mücadele etmektedirler. Bu açıdan yaşlı bireylerde zihinsel (mental) ve tıbbi bozuklukların komorbiditesini anlamak kritik bir önem taşımaktadır. Yaşlılıkta en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklar; Kaygı Bozuklukları, Kronik Ağrı, Deliryum, Demans, Duygudurum Bozuklukları, Psikiyatrik Bozukluklar, Uyku Bozuklukları, Somatoform Bozukluklar ve Madde/İlaç Kötüye Kullanımı olarak sıralanabilir.

Yaşlı Bireylerin Psikolojik/Nöropsikolojik Değerlendirmesinde Dikkat Edilmesi Gereken Temel Konular

Yaşlı bireylerin psikolojik değerlendirilmesi "psikolojik/davranışsal" ve "bilişsel/nöropsikolojik" olmak üzere

iki gruba ayrılabilir. Her iki durumda da incelenen özelliklerin ölçülmesi için psikolojik/nöropsikolojik test ve/veya ölçekler kullanılmaktadır. Kullanılan bu test/ölçeklerin sonuçlarının güvenilirliği standardizasyon, geçerlik ve güvenilirlik çalışmalarının yapılmış olmasıyla yakından ilişkilidir. Yaşlı yetişkinler değerlendirilirken test ortamı bireyin performansını en üst düzeyde ortaya koymasına imkan verecek şekilde düzenlenmelidir. Testi veren psikologlar test uygulama sürecinde (test sonuçlarını etkilememek ve teste direkt müdahale etmemek koşuluyla) olabildiğince esnek davranmalıdır. Yaşlı bireylerin psikolojik/bilişsel değerlendirmesinde niteliksel belirteçlerin, niceliksel olanlardan çok daha önemli ve bilgilendirici oldukları unutulmamalıdır. Testin ölçtüğü özelliğe ilişkin nihai değerlendirme yapılırken, yaşlı bireyin kendine özgü (unique) özellikleri dikkate alınmalıdır.

- Yaşlı yetişkinler genellikle formal eğitim almamış ve/veya kısa süre eğitim almış (eğitim düzeyi düşük) olduklarından, tepki verirken daha tedbirli ve çekingen olma eğilimindedirler. Bu nedenle, psikologlar yaşlı bireylerden aydınlatılmış onam alırken ve bilgilendirme yaparken çok daha özenli ve dikkatli olmak durumundadır.
- Yaşlı yetişkinlerin test edilirken olabilecek en iyi performansı göstermeleri için test öncesi gerekenler (işitme cihazı veya gözlük kullanıyorsa takması gibi) yapılmalıdır.
- Yaşlı yetişkinlerin işitme ve görme sınırlılıkları olduğunu unutulmamak, buna bağlı olarak, testte yapılacaklara ilişkin yönergeleri tam ve doğru olarak anladıklarından emin olmak gerekir. Sözel yönergeler yavaş ancak yüksek sesle, yazılı yönergeler ise iri puntolarla yazılmış olarak sunulmalıdır.
- Değerlendirme amacıyla testlerin bilgisayarlı versiyonları kullanılıyorsa, yaşlı bireylerin bilgisayar kullanımına gençler kadar aşina olmadıkları unutulmamalı ve yaşlı bireyler için özel olarak tasarlanmış olan sadeleştirilmiş klavyeler kullanılmalıdır.
- Uygulamaların iyi ışıklandırılmış ve sessiz bir ortamda yapılmasına özen gösterilmelidir. Fiziksel sınırlılıkları ve/veya ağrısı olanlara test uygulanırken, olabilecek en konforlu durum yaratılmalıdır.
- Yaşlı bireylerin bilişsel becerileri çok değişik faktörlerden etkilenebilmektedir. Bu açıdan, yaşlı bireyler değerlendirilirken hastalık öncesi ve şimdiki bilişsel işlevleri, bilişsel işlevleri etkileme potansiyeli olan ilaçlar kullanıp kullanmadıkları, hastanede bulunmaktan kaynaklı durumluk kaygıya sahip olup olmadıkları

hakkında bilgi sahibi olmak ve sayılan bu tür nedenlerden kaynaklanan olası farklılıkları dikkate almak önemlidir.

- Özellikle yaşlılar için geliştirilmiş ve bu yaş grubu için norm değerleri bulunan test ve ölçekler kullanılmalıdır.
- Yaşlı yetişkinlerin gençlerden daha kolay yorulduklarını unutmamak ve test süresi konusunda hassas olmak gerekir. Psikolog yaşlı bireyleri değerlendirirken kısa, pratik ve uygulanması kolay testleri tercih etmelidir. Birden fazla test uygulamanın gerekli olduğu durumlarda, her test arasında dinlenme araları verilmeli ve/veya test uygulamaları farklı günlerde yapılmalıdır.
- Test uygulaması esnasında yaşlı yetişkini yüreklendirecek ve teste devamını sağlayacak sözel pekiştirme (ödülleri) sıklıkla kullanılmalıdır.

Bilişsel/Nöropsikolojik Değerlendirme

Doğal yaşlanma sürecinin bir sonucu olarak sağlıklı bireylerde de yaşa bağlı bilişsel gerileme bir veya birkaç bilişsel boyutta gözlenebilmektedir. Yaşlanmaya bağlı bilişsel gerileme ile demansların erken habercisi olarak tanımlanan Hafif Bilişsel Bozukluğun (HBB) (Mild Cognitive Impairment: MCI) birbirinden ayırt edilmesi son derece önemli bir konudur. Hastanelerde yatarak ya da ayakta tedavi gören yaşlı hastaların büyük çoğunluğunda bilişsel gerileme mevcuttur. Özetle, gerek yaşa bağlı bilişsel gerileme ve gerekse demanslarda nöropsikolojik değerlendirmenin yapılması gereklidir. Nöropsikoloji, beyinde oluşan hastalıklarla bilişsel/davranışsal olaylar arasındaki ilişkilerin ortaya konulmasını sağlayan faaliyetler bütünü olup, öncelikle pozitif bilimlerin 'ölçme' amacına hizmet eder. Ölçme ise bilişsel süreçlere ilişkin gözlem ve değerlendirmelerin, niceliksel ve dakik olarak tanımlanabilmesini sağlar. Nöropsikolojik değerlendirme sayesinde, temel bilişsel işlevlerdeki değişikliklere (Bkz. Tablo 1) duyarlı testler kullanılarak beyindeki hasarın düzeyi konusunda çıkarımlar yapılabilir. Bu bağlamda:

1. Bilişsel değişiklikleri belirlemek ve zaman içindeki değişimini izlemek,
2. Uygulanan tedavinin bilişsel işlevler üzerindeki etkinliğini izlemek,
3. Demans türlerinin tanı ve/veya ayırıcı tanısı ile düzeyinin belirlenmesinde hekime bilgi sağlamak,
4. Sıklıkla beraber seyreden ve ayırt edilmesi güç

olan demans/depresyon tanısının ayırımına katkıda bulunmak,

5.Bilişsel süreçlerin korumasına ve/veya geliştirilmesine yönelik rehabilitasyon (bellek güçlendirme egzersizleri, konuşma bozukluğu eğitimleri vb),

6.Yaşlı bireyin bilişsel açıdan kritik karar verebilme yetkinliğine sahip olup olmadığının belirlenmesini gerektiren hallerde (silah ruhsatı almak, mal alım-satım/devir işlemleri, adli/hukuki durumlar vb) bilimsel ve güvenilir olarak karar verebilmek amacıyla nöropsikolojik değerlendirme yapılmaktadır.

yani HBB'un belirlenmesinde de nöropsikolojik değerlendirmenin önemli yeri vardır. HBB ve AH' nın tanı ve ayırıcı tanısında kliniklerde ve araştırmalarda kullanılmak üzere geliştirilmiş ve geniş bir uzlaşmayla kabul edilmiş uluslararası tanı kriterleri (Petersen kriterleri ve NINCDS-ADRA kriterleri) kullanılmaktadır. Anılan tanı kriterlerinin, patolojik bulgular ile karşılaştırıldığında doğru tanıya götürme olasılığının oldukça yüksek olduğu değişik araştırmalarla kanıtlanmıştır. HBB ve AH' da kullanılan tanı kriterleri sırasıyla Tablo 2 ve Tablo 3'de verilmiştir. Gerek Pe-

Tablo 1 Nöropsikolojik Değerlendirme Yapılırken İncelenmesi Gereken Temel Bilişsel İşlevler Demanslar ve Alzheimer Hastalığında Bilişsel/Nöropsikolojik Değerlendirme

Nöropsikolojik Değerlendirmede İncelenmesi Gereken Temel Bilişsel İşlevler				
Dikkat	Bellek	Görsel-Mekansal Algı	Yönetici İşlevler	Dil
Seçici Dikkat (Odaklanmış)	Anlık bellek	Yapılandırma	Set Değiştirme	Sözel Akıcılık
Bölünmüş Dikkat	Kısa Süreli Bellek	Kopyalama	Planlama	Nesne Adlandırma
Sebatlılık	Uzun Süreli Bellek	Yönelim	Soyut Düşünme	
Konsantrasyon	Çalışma Belleği		Problem Çözme	
	Öğrenme		Tepki Ketlemesi	

Yaşlıların risk grubunu oluşturduğu ve bilişsel alanlarda dramatik gerileme ile seyreden demanslar ile en yaygın demans nedeni olan Alzheimer Hastalığı (AH) dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir halk sağlığı sorunudur. AH bütün demansların %50-70'ini oluşturur. 65 yaşın üzerindeki bireylerde %3-11, 85 yaşın üzerindeki bireylerde %20-47 gibi yüksek bir prevalansa sahiptir. Yaşlılıkta fiziksel ve psikolojik yıkıma neden olan Alzheimer hastalığı, bütün ölümlerin sıklığında da dördüncü sıraya sahiptir. Ülkemizdeki Alzheimer hastalarının sayısını bildiren bir araştırma mevcut olmamakla beraber, ABD ve Avrupa'dakine benzer bir hesaplama ile 200 bin Alzheimer hastası olduğu öngörülebilmektedir. Hastalığın klinik tanısında muayene ve laboratuvar testlerine ek olarak, bilişsel/nöropsikolojik değerlendirme de hekime yardımcı bulgular ortaya koymaktadır.

Benzer şekilde AH' nın çok erken evresi veya erken habercisi olarak kabul edilen klinik durumun

tersen kriterleri ve gerekse NINCDS-ADRA kriterleri tanı kriterlerinde nöropsikolojik değerlendirme gerekli görülmekte ve önerilmektedir.

Tablo 2 Hafif Bilişsel Bozukluk Tanı Kriterleri

Hafif Bilişsel Bozukluk Tanı Kriterleri (Petersen ve ark., 1997)
<ul style="list-style-type: none">• Subjektif bellek bozukluğu yakınması,• Yaşa ve eğitime göre düzenlenmiş nöropsikolojik testlerde bellek puanının ortalamasının 1.5 standart sapma altında olması,• Genel bilişsel işlevlerin normal olması,• Klinik olarak demansın mevcut olmaması.

Tablo 3 Alzheimer Hastalığı Tanı Kriterleri

NINCDS-ADRA AH Tanı Kriterleri (McKhann ve ark., 1984)
<ul style="list-style-type: none"> • Muayene ve objektif testler ile belgelenmiş bir demans varlığı, • Bellek başta olmak üzere iki veya daha fazla bilişsel alanda ilerleyici kayıp, • Bilinç kaybı olmaması, • 40–90 yaş aralığında başlaması, • İlerleyici bellek veya bilişsel kayba yol açabilecek sistemik veya nörolojik hastalık olmaması, • Dil (afazi), motor yeti (apraksi) ve algılamada (agnozi) ilerleyici kayıp, • Davranış değişikliği, • Günlük yaşam aktivitelerinde bozulma, • CT'de serebral atrofi varlığı.

HBB veya AH şüphesi olan bireylerin bilişsel/nöropsikolojik değerlendirmesinin başlangıcında bazı genel tarama test ve/veya ölçekleri kullanılmaktadır. Bu genel tarama ölçeklerinden kullanımı en yaygın olanı geriatrik popülasyon için geliştirilmiş olan Mini Mental Test: MMT'dir (Mini Mental State Examination: MMSE). MMT uygulanması kolay bir test olup, sözel ve sözel olmayan maddelerden mey-

dana gelmiştir. Testin Türk kültürü için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Standardize Mini Mental Test (SMMT) adı altında yapılmıştır. Genel bilişsel tarama amacıyla kullanılan bir başka test ise Mont-real Bilişsel Değerlendirme Ölçeği: MOBİD'dir (Mont-real Cognitive Assessment: MOCA)(12). 24 ayrı dile çevrilmiş olan MOBİD özellikle çok erken evre Alzheimer hastalığına (Hafif Bilişsel Bozukluk) duyarlı olan, uygulaması kolay, farklı bilişsel alanlara karşılık gelen 10 adet görevden oluşmaktadır. Testin Türk kültürü için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır. Genel bilişsel tarama testlerine ek olarak bilişsel gerilemenin gündelik hayata ne derecede yansıdığını belirlemek üzere gündelik hayat aktivitelerindeki performansı değerlendiren İşlevsel Faaliyetler Anketi (İFA) gibi ölçekler ile, AH ile karıştırılabilen depresyonu dışlayabilmek için, geriatrik popülasyon için geliştirilmiş Geriatrik Depresyon Ölçeği gibi depresyon ölçeklerinin kullanılması gerekir.

Kapsamlı bir bilişsel/nöropsikolojik değerlendirmede, yukarıda sayılan tarama testlerinin yanı sıra; Tablo 1'de g beş temel bilişsel işleve (dikkat, bellek, yönetici işlevler, görsel-mekansal işlevler, dil) duyarlı olduğu bilinen nöropsikolojik testlerden oluşan bir test bataryası kullanılmalıdır. Yaşlı bireylerde temel bilişsel işlevleri değerlendirmek üzere kullanılan ve ülkemiz kültürü için standardizasyon, geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan nöropsikolojik testlerden bazıları Tablo 4'de verilmiştir.

Tablo 4 Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslarda Kullanılabilecek Örnek Bir Bilişsel/Nöropsikolojik Test Bataryası

Genel Bilişsel Tarama Ölçekleri	Nöropsikolojik Testler	Depresyon	Günlük Hayat Aktiviteleri
Standardize Mini Mental Test (SMMT)	Bellek 3 Kelime-3 Şekil Testi (3K3Ş) Arttırılmış İpucuyla Hatırlama Testi (AİH) İşitsel Sözel Öğrenme Testi (İSÖT) Dikkat Düz-Ters Sayı Uzamı Testleri İz Sürme Testi (Bölüm A ve Bölüm B) Yönetici İşlevler İz Sürme Testi (Bölüm B) Stroop Testi Saat Çizme Testi (SÇT) Görsel-Mekansal Algılama Çizgilerin Yönünü Belirleme Testi (ÇBYT) Dil Gülhane Afazi Testi	Depresyon	Günlük Hayat Aktiviteleri

Not: Tablo 1'de adı geçen tüm test ve/ölçeklerin ülkemiz kültürü için standardizasyon, geçerlik ve/veya güvenilirlik çalışmaları yapılmıştır.

Bilişsel tarama testleri veya nöropsikolojik testlerin tek başına tanıya götürmesinin mümkün olmadığı, hekime yardımcı ve tanıyı/ayırıcı tanıyı destekleyici araçlar oldukları unutulmamalıdır. Buna karşın adı geçen tarama testlerinin kullanılması, tanı ve/veya ayırıcı tanı için önemli olabilecek ileri değerlendirmelerin yapılmasına yönlendirmek açısından gereklidir.

Avrupa ve ABD ile karşılaştırıldığında daha genç bir nüfusa sahip olmakla beraber ülkemizde de yakın bir gelecekte, hızla yaşlanan nüfusun sosyal ve sağlık alanlarındaki hizmetlerden talepleri artacaktır. Bu bağlamda, yaşlılık ve yaşlanma sürecinin evrensel örüntüsü ile ilgilenen 'yaşlılık bilmi' (gerontoloji) ve yaşlılıkta gözlenen tıbbi sorunlar ve tedavisi ile ilgilenen 'yaşlılık hekimliği' (geriatri) alanlarında "psikolojik/davranışsal" ve "bilişsel/nöropsikolojik" değerlendirmenin katkısı ve önemi giderek artacaktır.

Kaynaklar

- 1-Bekaroğlu M, Uluutku N et.al.: Depression in elderly population in Turkey. Acta Psychiatrica Scandinavica 1991; 84: 174-178.
- 2-Cangöz B: Hafif Bilişsel Bozuklukta Nöropsikolojik Değerlendirme. In: Nörolojide Yeni Ufuklar: Alzheimer Hastalığı ve Diğer Demanslar. Güneş Tıp Kitabevi Ankara: 2009, pp: 97-108.
- 3-Cangöz B: Yaşlılık: Sadece kayıp mı? Bir ayrıcalık mı? Türk Geriatri Dergisi 2008; 11(3): 143-150.
- 4-Cangöz B., Karakoç E, Selekler K: Trail Making Test: Normative data for Turkish Elderly by Age, Sex and Education. J Neurological Science 2009, 283 (1-2): 73-78.
- 5-Han et al.: Cumulative anticholinergic exposure is associated with poor memory and executive function in older men. J Am Geriatr Soc 2008; 56(12): 2203.
- 6-Killiany R, Gomez-Isla T, Moss M, Kikins R, Sandor T et. al. : Use of structural magnetic resonance imaging to predict who get will Alzheimer's disease. Ann Rev Neurology 2000; 47: 430-439.
- 7-Lowenstein DA, Acevedo A, Agron, J, Issacson R, Strauman S, Crocco E, Barker WW, Duara R: Cognitive profiles in Alzheimer's disease and in mild cognitive impairment of different etiologies. Dementia and Geriatric Cognitive Disorders 2006; 21: 309-315.
- 8-Lezak M D, Howieson DB, Loring DW: Neuropsychological assessment. 4th ed. Oxford University Press Oxford 2004.
- 9-McKhann, O, Drachman D, Folstein M, Katzman R, Price D, Stradian EM: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA work group under the auspices of department of health and human services task force on Alzheimer's disease. Neurology 1984; 34: 939-944.
- 10-Petersen RC: Mild cognitive impairment: Continuum. Dementia 2004; 10: 9-28. Ratcliff G, Saxton J: Age-associated memory impairment. In Geriatric Neuropsychiatry (2nd Ed.), (Coffey CE, Cummings JL. Eds.). American Psychiatric Press Washington, D.C. 2000, pp: 165-179.
- 11-Selekler K (ed.): Alzheimer ve diğer demanslar. Modern Tıp Seminerleri:26, Güneş Kitabevi Ankara 2003.
- 12-Weintraub S: Mental durumun nöropsikolojik değerlendirmesi; Davranışsal ve Kognitif Nörolojinin İlkeleri 2.baskı. Yelkovan İstanbul 2004.
- 13-Verhaegen P, Geraerts N, Marcoen A: Memory complaints, coping and well-being in old age: A systemic approach. The Gerontologist 2000; 40(5): 540-548.