

Yaşlılarda Sık Görülen Bir Psikiyatrik Sendrom: Apati ve Hemşirelik Yönetimi

A Common Psychiatric Syndrome in the Elderly: Apathy and Nursing Management

Öznur ERBAY^a,
Yasemin YILDIRIM^a

^aİç Hastalıkları Hemşireliği AD,
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
İzmir, TÜRKİYE

Received: 12.09.2018
Received in revised form: 11.10.2018
Accepted: 29.10.2018
Available online: 28.11.2018

Correspondence:
Öznur ERBAY
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi,
İç Hastalıkları Hemşireliği AD, İzmir,
TÜRKİYE/TURKEY
oznurerbay@gmail.com

ÖZET Apati, nöropsikiyatrik bozukluğu olan yaşlı bireylerde en sık görülen davranışsal değişikliklerden biri olarak kabul edilmektedir. Özellikle demans hastaları arasında apati oldukça yaygın görülmektedir. Son yıllardaki araştırmalar, Alzheimer hastalığında apatinin yaşlılık, daha şiddetli kognitif defisitler, depresyon ve günlük yaşam aktivitelerinde gerilemeler ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Apati nedeni ile bireyler günlük yaşam aktivitelerini sürdürebilmek için yardım gereksinimine ihtiyaç duymakta ve zamanla başka birine bağımlı hâle gelmektedir. Ayrıca, apatinin neden olduğu fiziksel ve psikolojik değişimler bireyin ilaç tedavisine uyumunu da zorlaştırmaktadır. Bu durum da hem bireyin hem de bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilenmekte ve bakım verenin yükü de artmaktadır. Bu nedenle apatinin yönetiminde multidisipliner bir ekip anlayışının benimsenmesi çok önemlidir. Bu ekip içinde hemşirelere önemli sorumluluklar düşmektedir. Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin depresyon ile karıştırılabilen apati belirti ve bulgularını doğru şekilde belirlemesi ve bu doğrultuda uygun girişimleri planlaması, ortaya çıkaracağı olumsuz sonuçları azaltacak ve apatinin erken tedavi edilmesine yardımcı olacaktır. Apati sıklığı/şiddetini etkileyen faktörlerin belirlenmesinde, uygun farmakolojik ve nonfarmakolojik tedavinin seçilmesi, hem bireyin hem de bakım vereninin yaşam kalitesinin yükseltilmesinde hemşirelik yönetiminin etkinliği önemli bir yere sahiptir. Bu çalışmada, apatinin tanımı, prevalansı, risk faktörleri, tanı kriterleri, olumsuz sonuçları, tedavi seçenekleri ve hemşirelik yönetimi tartışılarak hemşire ve diğer sağlık profesyonellerine rehberlik edilmesi amaçlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Apati; yaşlı; hemşirelik bakımı

ABSTRACT Apathy is one of the most common behavioral changes in elderly patients with neuropsychiatric disorders. Apathy is especially common among dementia patients. Researchs in recent years shows that apathy in Alzheimer's disease is associated with aging, more severe cognitive deficits, depression, and declines in daily life activities. Individuals needs help to continue their daily living activities and can be dependent on someone else because of apathy. In addition, the physical and psychological changes caused by apathy make it difficult to adapt to the individual's drug treatment. It is also being adversely affected by both the individual and the caregiver's quality of life and caregiver burden is also increasing. For this reason, it is very important to adopt a multidisciplinary team approach in the management of apathy. Nurses have important responsibilities in this team. Proper identification of signs and symptoms of apathy that can be confused with depression by nurses and other health professionals, and planning appropriate interventions in this direction will help to reduce negative consequences and help early treatment of apathy. The effectiveness of nursing management is important for determination of factors affecting apathy frequency/severity, selection of appropriate pharmacological and non-pharmacological treatment, raising the quality of life of both the individual and the caregiver. In this review article, it was aimed to guide nurses and other health professionals by discussing apathine definition, prevalence, risk factors, diagnostic criteria, negative results, treatment options and nursing management.

Keywords: Apathy; aged; nursing care

Apati, nöropsikiyatrik bozukluğu olan yaşlı bireylerde en sık görülen davranışsal değişikliklerden biridir.¹ Özellikle demans hastaları arasında oldukça yaygındır ve demanslı bireylerin %48-92'sinde görülebilmektedir.^{1,2} Demansın erken evrelerinde başlayıp, genel olarak hastalık

seyrince çok büyük oranda değişiklik göstermeden devam etme eğilimindedir.^{3,4} Apati, çevreye ve daha önce zevk veren aktivitelere olan ilgide azalma, kişiler arası ilişkilerde daha az duygusal dış vurum, isteklilikte azalma, daha az girişim gösterme ve sosyal geri çekilmeyle kendini göstermektedir.⁵

Apati, hastaların fiziksel anlamda beceri kayıpları olmamasına rağmen, davranış başlatma güçlükleri nedeni ile işlevselliklerinde daha büyük kayıplara, yaşam kalitelerinde dramatik düşüşe ve hasta yakını için bakım yükünün artmasına neden olan önemli bir durumdur.⁶ Bu sebeple hastaların ve bakım veren ailelerinin yaşam kalitesine katkıda bulunabilmek için apatinin daha fazla anlaşılmasına gereksinim duyulmaktadır. Apati sıklığı/şiddetini etkileyen faktörlerin belirlenerek tedavi yöntemlerinin uygulanmasında ve apatili hastalara bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerle ve bilgi eksikliğine yönelik eğitim sürecinde hemşireler önemli bir role sahiptir.

TANIM

Yunanca'da tutku anlamındaki "pathos" kelimesinden köken alan apati, yaşam için tutku eksikliği anlamına gelmektedir.⁷ Apati için literatürde birçok tanım bulunmaktadır. 1990 yılında Marin tarafından; amaca yönelik davranışlarda azalma, azalmış duygusal yanıt ve motivasyon kaybı olarak tanımlanmıştır.⁸ Stuss ve ark. apatiyi, uyarana (içsel veya çevresel) yanıt yokluğu ile karakterize kendi kendine başlatılan eylem eksikliği (self initiated action) olarak tanımlamıştır.⁹ Reinblatt ve Riddle ise apatiyi, sedasyon veya depresif semptomların sebep olmadığı motivasyon kaybı şeklinde açıklamışlardır.¹⁰ Bu tanımlamalarda da görüldüğü gibi apati için ortak bir fikir birliği bulunmamaktadır.

APATİNİN GÖRÜLME SIKLIĞI

Apati ile ilgili yapılan çalışmalarda görülme oranları; hastaya ait özellikler, hastalık tipi ve belirlemeye yönelik kullanılan envanterler nedeni ile oldukça farklılık göstermektedir.⁶ Bu envanterler arasında apatiyi belirlemede en sık kullanılan nöropsikiyatrik envanter [the neuroPsychiatric inventory (NPI)]'dir. NPI'nin kullanıldığı çalışma-

larda prevalans oranları %32,1-93,2 arasında değişmektedir.^{11,12} Diğer envanterleri mini mental test [mini mental status exam (MMSE)], apati değerlendirme ölçeği (apathy evaluation scale), apati ölçeği (the apathy scale), apati envanteri (the apathy inventory) olmak üzere çeşitlilik göstermekte ve bu envanterlerin kullanıldığı çalışmalarda ise prevalans %24-86 arasında değişmektedir.^{13,14} Yapılan çalışmalar sonucunda apatinin en sık frontotemporal tip demans ve erken evre Alzheimer tipi demansı olan bireylerde görüldüğü belirlenmiştir.^{4,5} Bir çalışmada, nöropsikiyatrik belirtilerin görülme sıklığı %98,7 olarak bulunmuş ve en sık görülen belirtiler arasında apati %79,6 ile ilk sırada saptanmıştır.¹⁵ Başka bir çalışmada, beş yıllık izlem sonucunda en az bir nöropsikiyatrik belirti görülme sıklığı %97 olarak bulunmuş ve beş yıllık izlemde en sık görülen nöropsikiyatrik belirtilerden apati %71 olarak belirlenmiştir.¹⁶ Ikeda ve ark.nun yaptığı çalışmada, demans hastalarının %81'inde son bir ayda davranışsal ve psikolojik semptomlar saptanmış ve bu hastalarda en sık apati (%56,7) görüldüğü bildirilmiştir.¹⁷ Apati görülme sıklığı hastalıklara ve ilaç tedavisine göre değişiklik göstermektedir. Tablo 1'de hastalıklara ve bazı durumlara göre apati görülme sıklıkları görülmektedir.⁶

APATİNİN RİSK FAKTÖRLERİ

Yapılan çalışmalarda apati risk faktörleri bireysel (sosyodemografik) ve klinik faktörlere bağlı olarak değişmektedir.

SOSYO-DEMOGRAFİK FAKTÖRLER

Apati ile ilgili araştırılan sosyo-demografik değişkenler arasında en çok yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi bulunmaktadır. Yaş, Alzheimer hastalığı (AH) için bilinen risk faktörüdür.¹⁸ Starkstein ve ark.nun yaptığı çalışmada, AH tipi demansı olan apatik bireylerin apatik olmayan bireylerden daha yaşlı olduğu ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.¹⁴ Hutchinson'un yaptığı çalışmada, AH tipi demansı olan bireylerde ileri yaşın (76 ve üzeri) apati için risk faktörü olduğu saptanmıştır.¹⁹

Cinsiyet ile apati arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar farklılık göstermekle birlikte, literatür-

TABLO 1: Apati ile ilişkili hastalıklar ve durumlar.

Nörolojik hastalıklar	Psikolojik hastalıklar
Travmatik beyin hasarı	Depresyon
Frontal-subkortikal inme	Şizofreni
Alzheimer hastalığı	Psikozlar
Lewy cisimcikli demans	Uyum sorunları
Creutzfeldt-Jacob hastalığı	
Frontotemporal demans	Diğer durumlar
HIV demansı	İlaç zehirlenmesi/yoksunluğu
Parkinson hastalığı (PD)	Hipertiroidi
Progresif supranükleer palsi	Hipotiroidi
Anoksik ensefalopati	Lyme hastalığı
Serebral neoplazi	Psödohipoparatiroidizm
Kronik subdural hematoma	Kronik yorgunluk sendromu
Huntington hastalığı	Testosteron eksikliği
Limbik ensefalit	Vitamin B ₁₂ eksikliği
Multipl skleroz	Bazı zayıflatıcı durumlar (Örneğin;
Bingwanger ensefalopati	malignite, konjestif kalp yetersizliği,
Wernicke-Korsakoff sendromu	renal veya hepatik yetersizlik gibi)
Kluver Bucy sendromu	
Hidrosefali	
Deliryum	

deki çalışmaların çoğu aralarında ilişki olmadığını belirtmektedir. Bakımevinde kalan AH tipi demansı olan bireylerle yapılan kesitsel bir çalışmada, erkek cinsiyeti ile apati arasında ilişki bulunmuştur.²⁰ Benzer olarak bir başka çalışmada, AH tipi demansı olan bireylerde erkek cinsiyetin apati için risk faktörü olduğu belirlenmiştir.¹⁹ Diğer kesitsel çalışmalar cinsiyet ve apati arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığını, apatinin kadın ve erkek arasında eşit olduğunu göstermektedir.²¹⁻²³

Eğitim; birçok nöropsikiyatrik testte performansı olumlu yönde etkilemektedir. Yüksek öğrenim almış bireyler (12 yıldan fazla) daha az eğitim almış olanlara göre daha iyi performans göstermektedir.¹⁹ Eğitim düzeyi AH için koruyucu faktör olmasına rağmen, çalışmalar, eğitim düzeyi ve apati arasında önemli bir ilişki olmadığını bildirmektedir.^{22,23}

KLİNİK FAKTÖRLER

Hastanın bilişsel durumu, demans evresi, demans tipi gibi faktörler klinik olarak araştırılan risk fak-

törleri arasında bulunmaktadır. Bilişsel bozulma ve apati arasındaki ilişki oldukça önem taşımaktadır. Bilişsel düzeyde bozulmanın AH tanısı almış bireylerde apati için risk faktörü olduğu belirlenmiştir.¹⁹ Landes ve ark.nın, AH tipi demansı olan bireylerde yaptığı çalışmada da apati puan ortalamalarının azalan mini mental test (MMT) puan ortalaması ile ilişkili olduğu bulunmuştur.²⁴ Alzheimer tipi demansı olan bireylerin (apatik ve apatik olmayan) karşılaştırıldığı bir çalışmada, apatik bireylerin MMT puanlarının apatik olmayan bireylere oranla daha düşük olduğu ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır.²⁵ Genellikle bilişsel bozulma arttıkça apati puan ortalaması da artmaktadır.¹⁹

Demansa görülen davranışsal ve psikiyatrik belirtiler demans evresine göre değişiklik göstermektedir.²⁶ Apati; hastalığın erken dönemlerinde görülmeye başlayıp, hastalık süresi ve evresi ile artma eğilimindedir.²⁷ İleri evrelerde daha sık görülme nedeninin, bilişsel azalmanın, aynı zamanda fonksiyonel azalmaya neden olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir.²³ Yapılan bir çalışmada, AH tipi demansı olan bireylerle apati puan ortalamasının artan demans evresi ile ilişkili olduğu bulunmuştur.²⁴

Apati sıklığı ve şiddeti demans tipine göre değişiklik göstermektedir. Yapılan çalışmalarda AH tipi demansı olan bireylerde %19-76 oranında apati görüldüğü saptanmıştır.^{22,23} Apati frontotemporal tip demansı olan bireylerde AH tipi demansı olan bireylere göre daha sık görülmektedir.²⁸

APATİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Apatinin duygusal, bilişsel ve davranışsal (motor) boyutları olan bir sendrom ya da başka bir klinik tabloya eşlik eden bir belirti olup olmadığını ayırmasının yapılması tedavinin düzenlenmesi açısından önemlidir. Apati için tanı kriterlerinin belirlenmesinde çoğu çalışmanın katkısı olmuştur.^{1,29,30} Marin, apatinin amaca yönelik eylemin, belirgin davranışsal, bilişsel ve duygusal eşlik eden durumlardan ayırmasına dayandığını öne sürmüştür.³⁰ Marin'in apati kriterleri daha sonra Starkstein ve ark. tarafından güncellenmiştir (Tablo 2).^{29,30} Apatinin

TABLO 2: Apati tanı kriterleri.

A. Kişinin önceki işlevsellik düzeyine veya yaş ve kültür standartlarına göre, kendisi tarafından bildirilen veya başkaları tarafından gözlemlenen motivasyon kaybı ile birlikte aşağıda belirtilen üç alandan her birine ait en az bir belirtinin olması;
i. Amaca yönelik davranışta azalma
a) Çaba eksikliği
b) Aktivitenin yapılandırılması için diğerlerine bağımlılık
ii. Amaca yönelik kognisyonda azalma
a) Yeni şeyler öğrenme ya da yeni deneyimlere karşı ilgi kaybının olması
b) Bir kimsenin kişisel sorunları hakkında endişe kaybının olması
iii. Emosyon azalması
a) Değişmeyen affekt
b) Pozitif ve negatif olaylara emosyon yanıtının azalması
B. Bu semptomlar sosyal, mesleki veya diğer önemli alanlarda klinik olarak anlamlı sıkıntı ve/veya bozulmaya sebep olur
C. Bu semptomlar bilinç düzeyinde azalma veya bir maddenin doğrudan fizyolojik etkilerinin bir sonucu olmamalıdır

çekirdek özellikleri motivasyon kaybı, bir şeyi kendi kendine başlatmada azalma (self-initiation) ve duygusal küntleşme (emotional blunting) olarak belirlenmiştir.³¹ Ayrıca birçok çalışma, manyetik rezonans görüntüleme ile yapısal hacim ölçümü, florodeoksiglukoz ve pozitron emisyon tomografi ile bölgesel kortikal metabolizma değerlendirmesi ve tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi ile bölgesel perfüzyonu değerlendirilmesi bulgularıyla prefrontal bölgede metabolik aktivitenin azalması ve nöropatolojik değişiklikler ile apati arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğunu belirlemiştir.³²⁻³⁶

Apati, ayrıca başka bir sendrom olan “depresyon” ile karıştırılabilmektedir. Her ikisinde de ilgi ve istek kaybı, yavaşlama, enerji azalması ve motivasyon kaybı görülmesi bu karışıklığa yol açmaktadır. Ancak, apatideki motivasyon kaybına depresyonda görülen disfori eşlik etmemektedir.³⁷ Ayrıca apati, çoğu zaman bireylerde depresyonla eş zamanlı da görülebilmektedir.^{38,39} Bu nedenle iki nöropsikiyatrik belirtinin bireylerde aynı anda olabileceği göz önünde bulundurularak ayrı ayrı değerlendirilmesi önem taşımaktadır. Apati ve depresyon ayırımının yapılması bireylerin daha etkin tıbbi tedavi almasını ve uygun eğitim almasını sağlayacaktır.³⁹ Literatürde, depresyon ve apatinin ayırımına yönelik belirtiler **Tablo 3**'te görülmektedir.⁷

APATİNİN NEDEN OLDUĞU SORUNLAR

Apati birtakım olumsuz sonuçlar ile ilişkilendirilmesine rağmen, bu olumsuz sonuçlara neden olma durumu tamamiyle açık değildir.⁴⁰

Apati, fiziksel fonksiyon düzeyinde azalmaya yol açmaktadır. Fonksiyonel durum bağımsızlık için önemli bir ölçüttür ve bu genellikle günlük yaşam aktiviteleri (GYA) ölçeği ile belirlenmektedir. Apatinin GYA ile ilişkili olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Clarke ve ark.nın yaptığı çalışmada, GYA'da bozulma olan bireylerin apati puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.²² Lechowski ve ark.nın yaptığı ileriye yönelik çalışmada, başlangıçta apatik olan bireylerin bir yıllık izlem sonrasında başlangıçta apatik olmayan bireylere göre GYA puanlarında daha fazla azalma olduğu bulunmuştur.⁴¹

Apati, bakım verenin yükünü artırmakta ve strese yol açabilmektedir. Apatik bireyler aktivitelerini başlatmak ve sürdürmek için daha çok des-

TABLO 3: Apati ve depresyon ayırımı.

Apati	Depresyon
Kayıtsızlık (Indifference)	Fiziksel hareketsizlik
Motivasyon kaybı	Sosyal durgunluk
Duygu ya da eylem kontrol kaybı	Azalmış ilgi
Azalmış dikkat	Duygusal sıkıntı (içsel)

teğе ihtiyaç duyduğundan, bakım verenin yükünü artırmakta ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir.^{13,42} Dauphinot ve ark.nın yaptığı çalışmada, demansı olan bireylerde apati, ajitasyon, anormal motor davranış, iştah/yeme değişiklikleri ve irritabilitenin bakım veren yükünü istatistiksel olarak anlamlı derecede artırdığı belirlenmiştir.⁴³ Zhao ve ark.nın yaptığı çalışmada, bakım veren yükü ve apati puan ortalaması arasında pozitif yönde iyi derecede bir ilişki bulunmuştur.²⁵ Liu ve ark.nın çalışmasında, AH tipi demansı olan bireylerde apatinin bakım veren yüküne etki ettiği saptanmıştır.⁴⁴

Hastalık ilerledikçe davranışsal ve psikolojik belirtiler dayanılmaz olmakta, bu nedenle bakım verenler, uzun süreli bakım kurumlarına yatırma eğilimi içerisine girmektedirler. Yapılan çalışmalarda, huzurevlerinde yaşayan demansı olan bireylerde apatinin sık görülen, önemli bir sorun olduğu vurgulanmaktadır. Bakımevinde kalan demansı olan bireylerde apati yüksek oranda (%34-%88) görülmektedir.^{45,46}

Apati, bireylerin sağlık durumlarının kötüleşmesine, yaşam kalitelerinin azalmasına neden olmaktadır. Bakımevinde kalan bireylerle yapılan bir çalışmada, kilo kaybına neden olan önemli faktörlerden birinin de apati olduğu bulunmuştur.⁴⁷ Apati ayrıca tedaviyi uyumu da etkilemektedir. Apatili hastaların tedaviye daha fazla uyumsuz olduğu belirtilmektedir.^{48,49}

APATİNİN HEMŞİRELİK YÖNETİMİ

Apati, kontrol altına alınamadığında bireyin günlük yaşam aktivitelerini ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte ve ayrıca hem fiziksel hem de psikolojik bir bozulmaya sebep olarak ilaç tedavisine uyumu azaltabilmektedir.^{6,40} Apatinin yaşlı bireyi olumsuz yönde etkilemesini önlemek için doğru değerlendirilmesi ve bireye uygun aktivite planlanması önemlidir. Apatiyeye neden olan faktörlerin birden fazla ve karışık olması yaşlı bireyin değerlendirilmesinde güçlükler neden olabilmekte ve buna yönelik hemşirelik girişimlerinin oluşturulmasını zorlaştırabilmektedir.⁵⁰ Hemşirelik bakımında amaç; apatili bireyin olabildiğince günlük

yaşam aktivitelerini yerine getirmesini sağlamak, bakım veren yükünü azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltmektir.

Apati için farmakolojik ve nonfarmakolojik girişimler kullanılmaktadır. Apatili hastalar için ilk olarak nonfarmakolojik girişimler önerilmektedir. Ancak, apati çok şiddetliyse ve kontrol altına alınamıyorsa farmakolojik girişimlerden de yararlanılmaktadır.⁵¹

NONFARMAKOLOJİK GİRİŞİMLER

Apati yönetimi ile ilgili nonfarmakolojik müdahaleler; müzik, çoklu duyumsal stimülasyon, hayvan destekli terapi, terapötik aktiviteler ve egzersizdir.⁵ Holmes ve ark.nın, müziğin apati üzerine etkisini inceledikleri araştırmasında, her biri 30'ar dk olan sessizlik, önceden kaydedilmiş şarkılar ve canlı müzik performanslarının izletildiği üç oturumdan oluşan müzik dinletisi uygulanmıştır. Canlı müzik performanslarının izletilmesinin önceden kaydedilmiş şarkıların dinletilmesinden daha etkili olduğu, orta ve AH tipi demansı olan ileri evredeki bireylerde kısa dönemde apatiyi azalttığı ifade edilmiştir.⁵² Çoklu duyumsal stimülasyon ışık efektleri, meditasyon müzikleri, dokunsal yüzeyler ve rahatlatıcı esans yağların kullanımıyla görme, işitme, dokunma, tat ve koku duyusal uyarıların uyarılması sağlanmaktadır. Çoklu duyumsal stimülasyonun, demansı olan bireylerde davranış ve duygudurum sorunlarında azalma sağladığı bilinmektedir.⁵³ Demansı olan bireylerde çoklu duyumsal stimülasyon (Snoezelen) terapisinin ajitasyon ve apati üzerine etkisinin incelendiği bir çalışmada, MMT puan ortalamaları eşit kontrol ve girişim grubunda karşılaştırıldığında; girişim grubundaki bireylerin apati puan ortalamalarında azalma olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunduğu saptanmıştır.⁵⁴ Motomura ve ark.nın, demansta hayvan destekli terapiyle ilgili yaptıkları çalışmada, dört gün art arda her biri birer saatlik köpek terapisi seansları sonrasında çalışmaya katılan bütün bireylerin apati puanlarında girişim öncesi ve sonrasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.⁵⁵ Ellis ve ark.nın yaptığı çalışmada bakımevinde kalan demanslı bireyler için haftalık terapötik aktiviteler (kelime oyunu, bingo, kart oyunları, hatırlatma te-

rapisi, posta kartı okuma, kitap okuma, koroda şarkı söyleme, egzersiz, dini aktiviteler gibi) düzenlenmiş ve aktivitelerin çoğunluğuna katılma ile apati puan ortalamalarında negatif yönde zayıf bir ilişki olduğu belirlenmiştir.⁵⁶ Diğer çalışma sonuçlarının aksine Steinberg ve ark.nın yaptığı çalışmada, 12 haftalık günlük aerobik egzersizlerinin apatiyi azaltmada etkili olmadığı görülmüştür.⁵⁷

FARMAKOLOJİK GİRİŞİMLER

Apatinin farmakolojik tedavisi; psikososyal, nörokimyasal ve nöropatolojik değişiklikleri hedefleyen davranışsal ve farmakolojik tedaviyi içermektedir.⁴² Asetilkolin esteraz inhibitör tedavisinin kolinerjik eksikliğin giderilmesiyle apati üzerine yararlı olduğu gösterilmiştir.^{58,59} Serotonin eksikliği nöropsikiyatrik semptomların gelişme olasılığını artırmaktadır. Serotonin-dopamin nörotransmitter sistemini dengeleme amaçlı farmakolojik tedavinin demansta apatiyi azaltabileceği ileri sürülmektedir.⁶⁰ Serotonerjik sistemdeki patolojik değişiklikler gama aminobütirik asit (GABA)nerjik ve noradrenerjik sistem değişikliklerine eşlik etmekte ve bunların da demansta nöropsikiyatrik semptomların görülmesinde rol oynayabileceği düşünülmektedir. Lanctôt ve ark.nın yaptığı çalışmada, yüksek plazma GABA konsantrasyonunun AH'de apati ile ilişkili olduğu bulunmuştur.⁵⁸ Noradrenerjik değişikliklerin spesifik olarak apati ile ilişkili olmadığı bildirilmiştir.⁶¹ Apati yönetiminde güncel tedavi yaklaşımlarından; santral sinir sistemi uyarıcıları, antidepresanlar, atipik antipsikotikler, apomorfın (seçici olmayan dopamin agonistleri), amantadin, kolinesteraz inhibitörleri, dopamin agonistleri kullanılmaktadır.⁶¹

SONUÇ

Apati, yaşlı bireylerde yaygın olarak görülmekte ve kolayca göz ardı edilebilmektedir. Apati; biyomedikal, psikolojik ve sosyo-çevresel açıdan multidisipliner ekip yaklaşımları gerektirmektedir. Bu ekibin içinde, özellikle hastalarla bire bir bakım içinde olan hemşirelerin rolü önemlidir. Hemşire ve diğer sağlık profesyonellerinin apati belirti ve bulgularını doğru şekilde belirlemesi ve depresyondan ayırt edebilmesi bu anlamda önemlidir. Apati erken tanılanırsa tedavi edilebilmekte ve bireyin olumsuz sonuçlarla karşılaşması engellenebilmektedir. Değiştirilebilir faktörlerin belirlenmesi, apatinin etkili tedavisine veya hatta önlenmesine katkıda bulunacaktır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir: Öznur Erbay, Yasemin Yıldırım; **Tasarım:** Öznur Erbay, Yasemin Yıldırım; **Denetleme/Danışmanlık:** Öznur Erbay, Yasemin Yıldırım; **Analiz ve/veya Yorum:** Öznur Erbay, Yasemin Yıldırım; **Kaynak Taraması:** Öznur Erbay; **Makalenin Yazımı:** Öznur Erbay, Yasemin Yıldırım.

KAYNAKLAR

1. Landes AM, Sperry SD, Strauss ME. Prevalence of apathy, dysphoria, and depression in relation to dementia severity in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005;17(3):342-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
2. Prakash O, Garg A. Apathy in elderly: management issues-a review. *Indian Journal of Geriatric Mental Health*. 2012;7(1):12-23.
3. Treusch Y, Majic T, Page J, Gutzmann H, Heinz A, Rapp MA. Apathy in nursing home residents with dementia: results from a cluster-randomized controlled trial. *Eur Psychiatry*. 2015;30(2):251-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
4. Quaranta D, Marra C, Rossi C, Gainotti G, Masullo C. Different apathy profile in behavioral variant of frontotemporal dementia and Alzheimer's disease: a preliminary investigation. *Curr Gerontol Geriatr Res*. 2012;2012:719250. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
5. Brodaty H, Burns K. Nonpharmacological management of apathy in dementia: a systematic review. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2012;20(7):549-64. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
6. Ishii S, Weintraub N, Mervis JR. Apathy: a common psychiatric syndrome in the elderly. *J Am Med Dir Assoc*. 2009;10(6):381-93. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
7. Lee SI, Keltner NL. Antidepressant apathy syndrome. *Perspect Psychiatr Care*. 2003;41(4):188-92. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
8. Marin RS. Differential diagnosis and classification of apathy. *Am J Psychiatry*. 1990;147(1):22-30. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
9. Stuss DT, Van Reekum R, Murphy KJ. Differentiation of states and causes of apathy. In: Borod JC, ed. *The Neuropsychology of Emotion*. 1st ed. New York: Oxford University Press; 2000. p.340-63.
10. Reinblatt SP, Riddle MA. Selective serotonin reuptake inhibitor-induced apathy: a pediatric case series. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2006;16(1-2):227-33. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
11. Holthoff VA, Beuthien-Baumann B, Kalbe E, Lüdecke S, Lenz O, Zündorf G, et al. Regional cerebral metabolism in early Alzheimer's disease with clinically significant apathy or depression. *Biol Psychiatry*. 2005;57(4):412-21. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
12. Srikanth S, Nagaraja AV, Ratnavalli E. Neuropsychiatric symptoms in dementia-frequency, relationship to dementia severity and comparison in Alzheimer's disease, vascular dementia and frontotemporal dementia. *J Neurol Sci*. 2005;236(1-2):43-8. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
13. Thomas P, Clément JP, Hazif-Thomas C, Léger JM. Family, Alzheimer's disease and negative symptoms. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2001;16(2):192-202. [[Crossref](#)]
14. Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R, Robinson RG. A prospective longitudinal study of apathy in Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2006;77(1):8-11. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
15. Wang J, Xiao LD, Li X, De Bellis A, Ullah S. Caregiver distress and associated factors in dementia care in the community setting in China. *Geriatr Nurs*. 2015;36(5):348-54. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
16. Steinberg M, Shao H, Zandi P, Lyketsos CG, Welsh-Bohmer KA, Norton MC, et al. Point and 5-year period prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia: the cache county study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(2):170-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
17. Ikeda M, Fukuhara R, Shigenobu K, Hokoishi K, Maki N, Nebu A, et al. Dementia associated mental and behavioural disturbances in elderly people in the community: findings from the first Nakayama study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75(1):146-8.
18. Özkay ÜD, Öztürk Y, Can ÖD. [Aging world's disease: Alzheimer's disease]. *S.D.Ü. Tip Fak Derg*. 2011;18(1):35-42.
19. Hutchinson K, Dilks L, Duvall T. Risk factors for apathy in Alzheimer's disease. *Arch Clin Neuropsychol*. 2014;29(6):530. [[Crossref](#)]
20. Zuidema SU, de Jonghe JF, Verhey FR, Koopmans RT. Environmental correlates of neuropsychiatric symptoms in nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2010;25(1):14-22.
21. Drijgers RL, Verhey FR, Leentjens AF, Köhler S, Aalten P. Neuropsychological correlates of apathy in mild cognitive impairment and Alzheimer's disease: the role of executive. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(8):1327-33. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
22. Clarke DE, van Reekum R, Simard M, Streiner DL, Conn D, Cohen T, et al. Apathy in dementia: clinical and sociodemographic correlates. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2008;20(3):337-47. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
23. Starkstein SE, Jorge R, Mizrahi R. The prevalence, clinical correlates and treatment of apathy in Alzheimer's disease. *Eur J Psychiatr*. 2006;20(2):96-106. [[Crossref](#)]
24. Landes AM, Sperry SD, Strauss ME. Prevalence of apathy, dysphoria, and depression in relation to dementia severity in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2005;17(3):342-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
25. Zhao H, Zhao Z, Huang L, Preter M. Diagnosis and assessment of apathy in Chinese patients with Alzheimer's disease. *J Psychosom Res*. 2012;72(5):405-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
26. Chung JA, Cummings JL. Neurobehavioral and neuropsychiatric symptoms in Alzheimer's disease: characteristics and treatment. *Neurol Clin*. 2000;18(4):829-46. [[Crossref](#)]
27. Cipriani G, Lucetti C, Danti S, Nuti A. Apathy in dementia. Nosology, assessment and management. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(10):718-24. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
28. Chow TW, Binns MA, Cummings JL, Lam I, Black SE, Miller BL, et al. Apathy symptom profile and behavioral associations in frontotemporal dementia vs dementia of Alzheimer type. *Arch Neurol*. 2009;66(7):888-93. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
29. Starkstein SE, Petracca G, Chmerinski E, Kremer J. Syndromic validity of apathy in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*. 2001;158(6):872-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
30. Marin RS, Firinciogullari S, Biedrzycki RC. The sources of convergence between measures of apathy and depression. *J Affect Disord*. 1993;28(1):7-14. [[Crossref](#)]
31. Clarke DE, Ko JY, Kuhl EA, van Reekum R, Salvador R, Marin RS. Are the available apathy measures reliable and valid? A review of the psychometric evidence. *J Psychosom Res*. 2011;70(1):73-97. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
32. Sultzer DL, Melrose RJ, Narvaez TA, Veliz J, Harwood DG, Juarez KO, et al. Apathy and regional cholinergic receptor binding in Alzheimer's disease: 2-FA PET imaging. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2016;24(3):135-6. [[Crossref](#)]
33. Eslinger PJ, Moore P, Antani S, Anderson C, Grossman M. Apathy in frontotemporal dementia: behavioral and neuroimaging correlates. *Behav Neurol*. 2012;25(2):127-36. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
34. Marshall GA, Fairbanks LA, Tekin S, Vinters HV, Cummings JL. Neuropathologic correlates of apathy in Alzheimer's disease. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2006;21(3):144-7. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]
35. Massimo L, Powers C, Moore P, Vesely L, Avants B, Gee J, et al. Neuroanatomy of apathy and disinhibition in frontotemporal lobar degeneration. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2009;27(1):96-104. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
36. Zamboni G, Huey ED, Krueger F, Nichelli PF, Grafman J. Apathy and disinhibition in frontotemporal dementia: insights into their neural correlates. *Neurology*. 2008;71(10):736-42. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)] [[PMC](#)]
37. Levy ML, Cummings JL, Fairbanks LA, Masterman D, Miller BL, Craig AH, et al. Apathy is not depression. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1998;10(3):314-9. [[Crossref](#)] [[PubMed](#)]

38. Mortby ME, Maercker A, Forstmeier S. Apathy: a separate syndrome from depression in dementia? A critical review. *Aging Clin Exp Res.* 2012;24(4):305-16.
39. Tagariello P, Girardi P, Amore M. Depression and apathy in dementia: same syndrome or different constructs? A critical review. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009;49(2):246-9. [Crossref] [PubMed]
40. van Reekum R, Stuss DT, Ostrander L. Apathy: why care? *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2005;17(1):7-19. [Crossref] [PubMed]
41. Lechowski L, Benoit M, Chassagne P, Vedel I, Tortrat D, Teillet L, et al. Persistent apathy in Alzheimer's disease as an independent factor of rapid functional decline: the REAL longitudinal cohort study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(4):341-6. [Crossref] [PubMed]
42. Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BJM.* 2015;350:h369. [Crossref] [PubMed] [PMC]
43. Dauphinot V, Delphin-Combe F, Mouchoux C, Dorey A, Bathsavanis A, Makaroff Z, et al. [Risk factors of caregiver burden among patients with Alzheimer's disease or related disorders: a cross-sectional study. *J Alzheimers Dis.* 2015;44(3):907-16. [Crossref] [PubMed]
44. Liu S, Jin Y, Shi Z, Huo YR, Guan Y, Liu M, et al. The effects of behavioral and psychological symptoms on caregiver burden in frontotemporal dementia, Lewy body dementia, and Alzheimer's disease: clinical experience in China. *Aging Ment Health.* 2017;21(6):651-7. [Crossref] [PubMed]
45. Hsieh CJ, Chang CC, Lin CC. Neuropsychiatric profiles of patients with Alzheimer's disease and vascular dementia in Taiwan. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(6):570-7. [Crossref] [PubMed]
46. Zuidema SU, Derksen E, Verhey FR, Koopmans RT. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in a large sample of Dutch nursing home patients with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2007;22(7):632-8. [Crossref] [PubMed]
47. Volicer L, Frijters DH, van der Steen JT. Apathy and weight loss in nursing home residents: longitudinal study. *J Am Med Dir Assoc.* 2013;14(6):417-20. [Crossref] [PubMed]
48. Barclay TR, Hinkin CH, Castellon SA, Mason KI, Reinhard MJ, Marion SD, et al. Age-associated predictors of medication adherence in HIV-positive adults: health beliefs, self-efficacy, and neurocognitive status. *Health Psychol.* 2007;26(1):40-9. [Crossref] [PubMed] [PMC]
49. Rahkin JG, Ferrando SJ, van Gorp W, Rieppi R, McElhiney M, Sewell M. Relationship among apathy, depression, and cognitive impairment in HIV/AIDS. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2000;12(4):451-7. [Crossref] [PubMed]
50. Smith M, Buckwalter K. Behaviors associated with dementia: whether resisting care or exhibiting apathy, an older adult with dementia is attempting communication. Nurses and other caregivers must learn to 'hear' this language. *Am J Nurs.* 2005;105(7):40-52. [Crossref] [PubMed]
51. Şahin Cankurtaran E. Management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *Noro Psikiyatrs Ars.* 2014;51(4):303-12. [Crossref] [PubMed] [PMC]
52. Holmes C, Knights A, Dean C, Hodgkinson S, Hopkins V. Keep music live: music and the alleviation of apathy in dementia subjects. *Int Psychogeriatr.* 2006;18(4):623-30. [Crossref] [PubMed]
53. Sánchez A, Millán-Calenti JC, Lorenzo-López L, Maseda A. Multisensory stimulation for people with dementia: a review of the literature. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2013;28(1):7-14. [Crossref] [PubMed]
54. Staal JA, Sacks A, Matheis R, Collier L, Calia T, Hanif H, et al. The effects of Snoezelen (multi-sensory behavior therapy) and psychiatric care on agitation, apathy, and activities of daily living in dementia patients on a short term geriatric psychiatric inpatient unit. *Int J Psychiatry Med.* 2007;37(4):357-70. [Crossref] [PubMed]
55. Motomura N, Yagi T, Ohyama H. Animal assisted therapy for people with dementia. *Psychogeriatrics.* 2004;4(2):40-2. [Crossref]
56. Ellis JM, Doyle CJ, Selvarajah S. The relationship between apathy and participation in therapeutic activities in nursing home residents with dementia: evidence for an association and directions for further research. *Dementia (London).* 2016;15(4):494-509. [Crossref] [PubMed]
57. Steinberg M, Leoutsakos JM, Podewils LJ, Lyketsos CG. Evaluation of a home-based exercise program in the treatment of Alzheimer's disease: the maximizing independence in dementia (MIND) study. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2009;24(7):680-5. [Crossref] [PubMed] [PMC]
58. Lanctôt KL, Herrmann N, Rothenburg L, Eryavec G. Behavioral correlates of GABAergic disruption in Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr.* 2007;19(1):151-8. [Crossref] [PubMed]
59. Lanari A, Amenta F, Silvestrelli G, Tomassoni D, Parnetti L. Neurotransmitter deficits in behavioural and psychological symptoms of Alzheimer's disease. *Mech Ageing Dev.* 2006;127(2):158-65. [Crossref] [PubMed]
60. Albert PR, Benkelfat C. The neurobiology of depression--revisiting the serotonin hypothesis. II. Genetic, epigenetic and clinical studies. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci.* 2013;368(1615):20120535. [Crossref] [PubMed] [PMC]
61. Herrmann N, Lanctôt KL, Khan LR. The role of norepinephrine in the behavioral and psychological symptoms of dementia. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* 2004;16(3):261-76. [Crossref] [PubMed]