

Yaşlılarda Depresyon

Kasım Göktaş¹, İshak Özkan²

¹ Araş. Gör. Dr, ² Prof. Dr, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fak. Psikiyatri AD

Dr. Kasım GÖKTAŞ
Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fak.
Psikiyatri A.B.D.
Akyokuş / Meram / KONYA
PK: 42080
Tel: 0 332 223 6837
e-posta: drkasim01@hotmail.com

ÖZET

Yaşlılarda Depresyon

Depresyon yaşlı nüfusta en sık görülen psikiyatrik bozukluktur. Çeşitli çalışmalarda, 65 yaş üstü bireylerin %10-25'inde önemli düzeyde depresyon saptanmıştır. Yaşlı nüfusta depresyon önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yaşlı nüfusta yaygınlığı yüksek bir bozukluk olan depresyon, sıklıkla tıbbi hastalıklarla birlikte görülür, yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkiye yol açar, tıbbi servislerin kullanımını artırır ve özellikle erkeklerde intihar için yüksek risk doğurur. Tüm bunlara rağmen, yaşlılarda depresyon özellikle birincil bakım hizmetlerinde, genel hastanelerde ve bakım evlerinde yeterince tanınmamaktadır. Yaşlılardaki depresyonun ortaya çıkışında çok sayıda etken rol oynamaktadır. Önemli risk etkenleri; normal yaşlanma süreci, tıbbi hastalıklar, beslenme bozuklukları, ilaçlar, psikososyal etkenler ve genetik etmenlerdir. Yaşlı depresyonları genç ve orta yaş depresyonlarından farklıdır. Bedensel şikayetler ve bilişsel bozulmalar yaşlı nüfusta görülen depresyonda çok sıktır. Mevcut tüm antidepressanlar yaşlılarda görülen depresyonu tedavi etmede eşit etkiye sahiptir. Bir ilaç seçilirken genellikle ilacın güvenliği, tolerebilitesi ve diğer tıbbi durumların varlığı göz önüne alınır. Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSGI) genellikle ilk tercih edilen ajanlardır.

Anahtar kelimeler: depresyon, yaşlılık

ABSTRACT

Depression in Elderly

Depression is the most common psychiatric disorder in the elderly population. Several studies indicate that 10-25% of people over 65 years suffer from significant depressive symptoms. Depression in the elderly population is a major public health problem. As a highly prevalent disorder, depression, is frequently comorbid with medical illnesses, has a negative impact on the quality of life, increases the number of visits to different medical services, and carries a high risk of suicide, especially in men. Despite these factors, depression in the elderly is underrecognized, particularly in primary care practices, general hospitals, and nursing homes. The etiology of depression in the elderly is clearly multifactorial and several important contributory risk factors have been identified, including normal aging process, medical illnesses, deficiency of essential nutrients, drug therapy, psychosocial influences and genetical factors. Elderly depression is different from depression of young and middle aged patients; somatic complaints and cognitive impairment are frequent symptoms of depression of the elderly population. All available antidepressant medications have equal efficacy in treating depression in the elderly. Selection of an agent is usually made due to the safety and tolerability of the drug and the presence of other comorbid medical conditions. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) are generally considered as the first line of treatment of depression in the elderly population.

Key words: depression, elderly

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü'ne göre depresyon fiziksel, duygusal, toplumsal ve ekonomik sorunlara yol açan hastalıklar arasında dördüncü sırada yer almaktadır. Sıklığı ve süresi yaşla giderek artan bu bozukluk yineleyici bir hastalıktır ve uzun süreli tedavisi gerekir. Toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerindeki etkileri çok önemli olmakla birlikte gerektiğinden az vurgulanmaktadır. Yoğunlaşamama ve dikkat eksikliği depresyonun öncül belirtilerindedir. Zihin süreçlerinde genel olarak yavaşlamanın yanında kısa süreli bellek, öğrenme, istemli dikkat, amaca yönelik işlevler gibi yüksek bilişsel işlevlerde önemli ancak geri dönüşlü bozukluklara yol açmaktadır. Bazen de depresyon demansın öncü belirtisi olabilmektedir. Demansla birlikte olabilmesi ve demansın öncü belirtisi olabilmesi nedeniyle de yaşlılarda özel bir önem taşımaktadır (Yüksel 2002).

Depresyon yaşlılık döneminin önemli bir sağlık sorunudur ve bu yaş grubunda en sık rastlanan ruhsal sorundur. Önemli yeti yitimlerine neden olur, yaşam kalitesini önemli ölçüde azaltır, beden hastalığının gidişini olumsuz yönde etkiler, intihar ve beden hastalıklarına bağlı ölümleri artırır ve sağlık, bakım gibi hizmetlerin kullanımını ve maliyetini artırır. Depresif yakınmaları olan yaşlı bireyler pratisyen hekimlere depresif yakınmaları olmayan bireylere göre 2-3 kat daha fazla başvururlar (Steffens 2000, Serby ve Yu 2003). Depresyonu olan yaşlı bireylerin toplum uyumları bozulur ve günlük yaşam uğraşlarını, bakım ve temizliklerini yapmaları zorlaşır. Wada (2004) yaşlı depresiflerde yaşam kalitesini araştırdıkları çalışmalarında, depresif yaşlılarda yaşam kalitesini depresif olmayan yaşlılardan anlamlı derecede düşük bulmuşlardır. Depresyon kolaylıkla tedavi edilen bir hastalık olmakla birlikte aynı kolaylıkla tanınmaz; olgular beden yakınmalarını depresif duygu durumuna göre daha kolay anlatırlar ve aynı zamanda demans ve diğer beden hastalıklarının varlığı tanıyı güçleştirir. Hekimler de aynı anda var olan bedensel hastalıklara yönelirler. Hafif depresyon belirtileri kolayca yaşlılığa bağlanır ve böylece tanının doğrulanması zorlaşır (Yüksel 1998). Yaşlılardaki depresyon, yaşlanmanın doğal sonucu ya da toplum uyumsuzluğu olarak da değerlendirilir. Bilişsel yetersizlik eklenmedikçe ya da intihara yol açmadıkça tanınmadan ve tedavi edilmeden doğal seyrine terk edilir (Aşkın 1999). Yaşlı bireylerdeki depresyonun erken tanınması ve tedavisinin başlanması onların yaşam kalitesini, günlük aktivitelerdeki bağımsızlık seviyesini artırır ve erken ölümleri önler (Serby ve Yu 2003).

Sıklık

Yaşlılarda yapılan çalışmalarda; depresif bozukluk sıklığı %13-17 olarak bildirilmiştir (Ben-Arie 1987,

Kennedy 1989). Steffens ve arkadaşları (2000) yaşlılarda majör depresyonun nokta yaygınlığını kadınlarda %4.4, erkeklerde %2.7 olarak bulmuşlardır. Diğer depresif durumların sıklığını ise %1.6'dır. Yaşam boyu depresyon sıklığı kadınlarda %20.4, erkeklerde %9.6'dır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada Demet ve arkadaşları (2001) huzurevinde kalan yaşlılarda depresyon sıklığını %36 olarak bulmuşlardır. Depresyon sıklığının karşılaştırıldığı diğer çalışmalarda ise, huzurevinde yaşayan yaşlılarda Aksüllü ve Doğan (2004) depresyon yaygınlığını %69, Maral (2001) ise %48 olarak tespit etmiş, bu oranlar evde yaşayanlarda %28 ve %24 olarak tespit edilmiştir. Yaşlılardaki depresyon oranı yaşının yaşadığı yere göre değişmektedir. Toplumda saptanan oranlar %1-5 arasındadır. Tıbbi ve cerrahi nedenlerle hastaneye yatmış yaşlılar arasında bu oran %12 civarındadır. Yaşlı bakım evlerinde kalan, bilişsel açıdan sağlam, süregelen beden hastalığı olan yaşlılar arasında ise bu oran %20-25'e kadar çıkmaktadır (Eker 1998). Yaşlılarda depresyon yaygınlığı, alınan grubun özelliği, yapılan çalışmanın amacı ve kullanılan çalışma yöntemine göre %1 ile %60 arasında değişmektedir. Yaşlılıkta depresyona, bedensel ve nörolojik hastalığın eşlik etmesi belirtilerin ayırt edilmesinde sorun oluşturabilir. Bunun dışında yaşlılıkta ciddi ve bireyi kısıtlayan ancak geçici olan depresif durumlar da siktir. Normal erişkin nüfusu değerlendirmede kullanılan araştırma yöntemleri yaşlılıkta depresif belirtilerden bazılarını değerlendirmekte yetersiz kalabilir. Yaşlılarda sevilen bir nesnenin kaybı sık karşılaşılan bir durum olduğu için bu yaş grubunda yas oranı üç kat daha fazladır. Çoğu zaman depresyon ile yas arasındaki ayırım güç yapılabilmektedir. Yukarıda sayılan bu gibi nedenlerle, çalışmanın yapıldığı süreçte yaşlılık çağı depresyon yaygınlığı gerçek değerinden farklı oranlarda saptanabilir. Genelde psikiyatrik görüşme yoluyla klinik depresyon tanısını araştıran çalışmalarda saptanan depresyon yaygınlığı düşükken, değerlendirme ölççekleri ile depresif belirtilerin tarandığı çalışmalarda yüksektir (Tamam ve Öner 2001).

Etiyoloji

Yaşlılar depresyonun ortaya çıkışı açısından pek çok risk ile karşı karşıyadır. Bunlar; beden hastalıkları, kullanılan ilaçlar, nörobiyolojik etkenler, psikososyal etkenler ve diğer psikiyatrik bozukluklardır. Yaşlı depresyonları genetik etkenlere gençlerde görülen depresyondan daha az bağlanmaktadır (Özmenler 2001, Tiemeier 2003, Krishnan 2002, Gottfries 2001).

Beden hastalıkları: Yaşlanmayla birlikte kanser, kalp hastalıkları, Parkinson hastalığı, Alzheimer hastalığı, serebrovasküler hastalıklar, artrit gibi hastalıkların sıklığında artış olur (Krishnan 2002, Krishnan 2002). Be-

den hastalığının varlığı hem doğrudan hem de dolaylı olarak depresif bozukluk nedenidir. Yeni bir hastalığın teşhisi sıklıkla depresif bir atağı başlatabilir. Süreğen hastalıklar ise sürekli ağrının eşlik etmesi, başkalarına bağımlı hale gelme, günlük yaşam kısıtlılıklarına neden olma ve yaşam kalitesini düşürme gibi nedenlerle depresyona yol açar. Klinik deneyimler beden hastalığının ciddiyeti ya da yaşamı tehdit ediciliğinden ziyade yarattığı kayıpların depresif duygu durumu ile daha ilintili olduğunu göstermektedir. Beden hastalıkları genellikle kendine bakım ve yeterlilikte kayba neden olmaktadır. Ayrıca hastalarda hastalığın artacağı ve düşkün olacağı korkusu da söz konusudur. Yaşlılarda uykusuzluk ve kronik ağrı da sıklıkla depresyonu tetikler. Yaşlılarda beden sağlığı ile depresif mizaç arasındaki ilişki iki yönlüdür. Birinin varlığı diğerinin gidişatını kötü etkiler (Özmenler 2001). Yapılan çalışmalarda depresyonu olan ve bedensel hastalığı bulunan yaşlı hastalardaki beden hastalıklarının sayı ve şiddetinin depresyonu olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır (Tamam ve Öner 2001).

Yaşlılarda sık görülen ve depresyona yol açan hastalıklar:

- 1 Kanserler; akciğer, pankreas, meme, prostat, kolon kanserleri,
- 2 Merkezi sinir sistemi hastalıkları; Parkinson, demanslar, serobrovasküler olaylar, multipl skleroz, nörodejeneratif hastalıklar,
- 3 Dolaşım sistemi hastalıkları; konjestif kalp yetmezliği, aritmiler, hipertansiyon, miyokard enfaktüsü,
- 4 Solunum sistemi hastalıkları; kronik obstrüktif akciğer hastalığı,
- 5 Endokrin hastalıklar; adrenal ve tiroid işlev bozuklukları, diyabet,
- 6 Enfeksiyonlar; ensefalit, menenjit, tüberküloz, hepatit,
- 7 Beslenme bozuklukları; folik asit ve B12 vitamin eksiklikleri, elektrolit bozuklukları,
- 8 Diğer kronik hastalıklar; kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı, romatolojik hastalıklar (Tamam ve Öner 2001, Özmenler 2001, Eker 1998, Krishnan 2002, Gottfries 2001, Krishnan 2002).

Kullanılan ilaçlar: Yaşlılarda en yaygın sağlık sorunu kaynaklarından biri de çok sayıda ilaç kullanımınıdır. Pek çok ilaç yan etki olarak mizacı etkiler. Çoklu ilaç kullanımı ile yan etkilerde, ilaç etkileşimlerinde ve tedavi uyumsuzluğunda artma olur. Bunlar bir yandan da mizacı olumsuz etkilerler. Ancak genellikle bir çok beden hastalığının bir arada bulunduğu yaşlılarda her zaman çoklu ilaç kullanımı engellenemez. Temel ilke olası en düşük dozların uygulanmasıdır. Yaşlılarda sık

kullanılan ve depresyona neden olan ilaçlar: digoksin, antihipertansifler (beta blokerler, klonidin, alfa-metil dopa, rezperin, hidralazin), antineoplastikler, steroidler, immünomodülatörler, merkezi sinir sistem depresanları (benzodiazepinler, barbitüratlar, alkol vs.), bazı antipsikotikler, L-dopa, indometazin'dir (Özmenler 2001, Eker 1998, Kaya 1999).

Nörobiyolojik etkenler: Yaşlanan beyinde depresyona yatkınlığın arttığı bildirilmektedir. Bilişsel işlevlerde azalma depresyona yol açmakta ve iyileşme sürecini geciktirmektedir. Nörotransmitter işlevinin yaşa bağlı olarak azaldığı, 80 yaşında 60 yaşındakinin yarı düzeyine düştüğü bildirilmiştir (Özmenler 2001).

Nöroendokrin düzenleme yaşlılarda bozulur ve depresyon oluşumunda rol oynar. Depresif hastalarda hipotalamik-pituiter-adrenal aksta (HPA) aşırı faaliyet yönünde düzensizlik vardır. Dekametazon Supresyon Testine (DST) cevap alınamamaktadır. Tiroid fonksiyonlarında hipoaktivite ve hiperaktivite de depresyonla ilişkilidir (Tiemeier 2003).

Damarsal bozuklukların yaşlılarda depresyon oluşumunda önemli katkıları vardır. İnme sonrası değerlendirmede hastaların yaklaşık %30'unda depresyon görülmektedir. Deprese hastalarda yüksek oranda sessiz iskemiler tespit edilmiştir. Yine hipertansiyon da, depresyon için risktir. Bu bulgular doğrultusunda "vasküler depresyon" tanımı öne sürülmüştür (Tiemeier 2003, Krishnan 2002).

Psikososyal etkenler: Yapılan değişik çalışmalarda kadın cinsiyet, ileri yaş, yas, günlük yaşam uğraşlarında başkalarına bağımlı olma, yalnız yaşıyor olma, dul ve/veya boşanmış olma, emeklilik, toplum desteği azlığı, aile ilişkilerinde bozukluk, düşük gelir ve eğitim düzeyi, bilişsel bozukluğu olma, kötü sağlık durumu, daha önce depresyon atağı geçirme, daha önce intihar girişimlerinin varlığı, aile öyküsünün olması yaşlılık dönemi depresyonları için önemli risklerdir (Murrell 1983, Kennedy 1989, Yüksel 1998, Kaya 1999, Tamam ve Öner 2001, Özmenler 2001, Güz ve Çolak 2002, Blazer 1991, Gren 1992, Serby ve Yu 2003).

Duygu durumu bozukluklarında psikososyal etkenlerin yeri küçümsenemez. İlk nöbeti genellikle bir yaşam olayı kamçılar. Fakat bu yaşam olaylarının çoğu özgül değildir ve her kişide ruhsal bozukluk başlatmaz. Ancak biyolojik ve ruhsal yatkınlık olduğunda bu olaylar rahatsızlığın başlamasında önemli birer etken haline gelirler.

Depresyon kadınlarda daha sık görülen bir rahatsızlıktır. Zunzunegui ve arkadaşları (1998) 65 yaş üstü yaşlılarda yaptığı çalışmalarında, kadınlardaki depresyon oranını %46, erkeklerde ise %20 bulmuşlardır. Ka-

dınlardaki depresif durumların her zaman erkeklerden fazla olduğu ve yaş grupları arasında kadınlarda fazla değişiklik olmazken, erkeklerde ilerleyen yaşla birlikte depresif belirtilerde artış olduğunu bildirmişlerdir. Bu durum, kadınların ortalama yaşam sürelerinin daha uzun olmasından dolayı kadın nüfusun erkek nüfusa oranı artmış olmasıyla da ilişkili olabilir (Güz ve Çolak 2002, Blazer 1991, Steffens 2000).

Depresyona yatkınlığı artıran bir diğer etken, sevilen kişilerin kaybı ve buna bağlı yaşanan yastır. Özellikle eşin yitilmesi durumlarında depresif belirtiler sıklıkla gelişebilmektedir. Eşin yitilmesinden sonraki özellikle iki yıl belirgin depresif özellikler gözlenebileceği, iki yılın sonunda yasta olan yaşlı bireylerin %14'ünün majör depresyona girebilecekleri vurgulanmaktadır. Majör depresyona girmeyip depresif belirti gösteren yastaki yaşlı bireylerin büyük bir kısmında da yaşam kalitelerinin ciddi bir şekilde etkilenmekte ve yeti yitimi görülebilmektedir (Tamam ve Öner 2001, Kaya 1999). Yakınına kaybeden kişinin sadece sevdikleri değil, sağlığı da onu terk eder, eski gücü kalmaz ve gücü artık kendisine bakmaya bile yetmez. Hareket yetisi azalmıştır. Artık "yardım eden, yetkin, veren" biri değil "yardım alan" biri olur. Günlük yaşam uğraşlarını yapmada başkalarına bağımlı hale gelir. Büyük bir olasılıkla evinde yaşama olanağını kaybetmiştir. Her zamanki düzeninin dışında bir düzende yaşamaya başlar.

Emeklilik yaşantısı da bireyde sarsıntılı bir yaşantıya dönüşmekte ve psikososyal kimliğini olumsuz etkilemektedir. Emeklilik sonucu ortaya çıkan üretkenlikte azalma, işe yaramazlık, değersizlik duyguları ve gelir azalması depresyon nedenleri arasındadır.

Başka bir yaşlıya (örneğin eşine, kardeşine) bakıcılık yapmak da yaşlılarda depresyon riskini artırır. Alzheimer hastası olan eşlerine bakmak zorunda olan yaşlılarda depresyon sıklığının %50'ye varan oranlarda olduğu bildirilmektedir. Yaşlı bakıcılarda, baktıkları kişi davranış bozukluğu olan ajiite biri ise depresyon daha sık görünmektedir. Bakıcılık uzun dönemde tükenmişliğe yol açar. Ancak her olguda depresyon gelişmediği de bilinmelidir çünkü bir açıdan bakıcılık, özellikle de sevilen birisine bakmak, iyi bir yaşam desteği sayılır (Özmenler 2001).

Cole ve Dendukuri (2003) yaşlı toplumda depresyon için risk etkenlerini tanımlamak için 20 prospektif çalışmayı gözden geçirmişlerdir. Önceden depresyon geçirme, yas, kadın cinsiyet, yeti yitimi, uyku bozukluğu anlamlı riskler olarak bulmuşlardır.

Diğer psikiyatrik bozukluklar: Yaşlıda mevcut diğer psikiyatrik bozukluklar depresyona zemin hazırlayabilir. Bunlar; demans, anksiyete bozuklukları, alkol ve mad-

de kullanım bozuklukları ve uyku bozukluklarıdır.

Tanı

Yaşlılık dönemi depresyonlarında ortaya çıkan önemli sorunlardan birisi de tanı sürecinde yaşanan sorunlardır. Genç ve yetişkinlik dönemi depresyonlarına göre yaşlılardaki depresyonda tanı koymak daha zordur. Çünkü yaşlılık döneminde, hem hastalar hem doktorlar ortaya çıkan depresif belirtileri yaşlanmanın doğal sürecinin bir parçası olarak görebilirler. Örneğin, emeklilik döneminde işlevlere yönelik beklentilerdeki azalmaya paralel olarak depresyona bağlı ortaya çıkabilecek yeti yitiminin düzeyi tam olarak değerlendirilemeyebilir. Yaşlılar belirtileri nasıl dile getirebileceklerini sıklıkla bilmezler. Duygularını belirtmeye isteksizdirler. Bu yüzden daha çok bedensel yakınmalarla başvurular olur. Dolayısıyla hem hasta hem doktor tıbbi durum üzerine odaklanabilirler, bu da, depresyon tanısından uzaklaşmalarına yol açar (Aşkın 1999, Tamam ve Öner 2001).

Yaşlılardaki depresyonun tanınması için dikkat edilmesi gereken bazı temel noktalar bulunmaktadır. Öncelikle, hastanın öyküsü hem kendisinden hem de onu bilen bir yakından ayrıntılı bir şekilde alınmalıdır. Özellikle hastanın son dönemdeki işlevselliği önemlidir. Öyküsünde hastanın önceki psikiyatrik hikayesi, ailenin ruhsal öyküsü, kişilik özellikleri, süregelen bedensel hastalıkları, hastalık belirtilerinin gelişim süreci sorgulanmalıdır. Fizik muayenesi yapılmalı, depresyona neden olabilecek olası bedensel hastalıklar araştırılmalıdır. Tam kan sayımı, elektrolit değerleri, karaciğer, böbrek, tiroid fonksiyonları, elektrokardiyografi, bilgisayarlı beyin tomografisi, vitamin B12, folat düzeyleri gibi laboratuvar incelemeleri yapılmalıdır. Hastanın bilişsel işlevleri Mini Mental Durum Muayenesi (MMDM) ile değerlendirilmelidir. Böylece hastanın demans açısından ayırıcı tanısı yapılmış olur. Yine bu test ile depresyon tedavisi sırasında ve sonrasında, hastanın bilişsel işlevlerini değerlendirmede bize yardımcı olur. Yaşlılarda depresyonun şiddetini anlamak içinse Geriatrik Depresyon Ölçeği'nden faydalanılabilir (Tamam ve Öner 2001, Sağduyu 1997, Özmenler 2001).

Klinik

Yaşlılık depresyonları gençlerdeki depresyona benzemekle birlikte, bazı özellikleri ile farklılık gösterir; depresif duygu durumuna az rastlanırken, bilişsel belirtiler daha sık görülür. Aile öyküsü fazla değildir. Yaşlıların duygu ve düşüncelerini ifade etmeleri yetersizdir. Kilo kaybı, beden yakınmaları ve beden hastalık birlikteliği fazladır ve ölüm oranı yüksektir. Yaşlılarda görülen depresyon bazı bedensel hastalıklarının öncü belirtisi olabilir. Serabral atrofi ve derin beyaz madde

değişiklikleri siktir. Demansa benzer durumlar görülür. Bütün bu özelliklerle yaşlı depresyonları gençlerde görülenler depresyondan ayrılır (Yüksel 2002, Serby ve Yu 2003). Stage ve arkadaşları'nın (2001) yaşlı ve gençlerle yaptıkları karşılaştırmalı çalışmalarında ise; depresyon belirti ve şiddetinde iki yaş grubu arasında anlamlı farklılıklar bulunmamıştır. Ek olarak, psikomotor aktivite artışı ve ajitasyon yaşlı hastalarda sık bulurken, çökkünlüğü genç hastalarda daha sık bulunmuştur.

Depresyonun tipik işareti olan depresif duygu durumu yaşlılarda daha az görülür. İştah kaybı, uyku şikayetleri, ilgi ve enerji kaybı gibi belirtiler ise daha siktir. Beden yakınmaları ve uğraşları artar (Serby ve Yu 2003). Yaşlı hastaların depresyonunda duygu durumundaki değişikliklerden kaynaklanan yakınmalar bedensel yakınmalarla yer değiştirmiştir (Aşkın 1999, Yüksel 1998, Tamam ve Öner 2001). Somatik yakınmalar yaşlılarda gençlere göre daha sık olarak depresyon dışı nedenlere bağlı olabilir; somatik yakınmaların bu yaş grubunda depresyon tanısı açısından daha az değer taşıdığı bilinmelidir. Örneğin uyku bozuklukları, cinsel işlevde azalma, kabızlık, iştah problemleri, eklem ağrıları psikiyatrik açıdan sağlıklı yaşlılarda da sık rastlanan belirtilerdir (Ertan 1997, Sağduyu 1997).

Anksiyete ve ajitasyonun eşlik ettiği depresif tablolar siktir. Aşırı huzursuzluk, yerinde duramama, sürekli ellerini ovuşturma ajite depresyonu düşündürmelidir. Anksiyetenin bedensel ve psişik belirtileri depresyona eşlik edebilir. Anksiyetenin bedensel belirtileri yanlış olarak bedensel hastalık olarak algılanabilir (Özmenler 2001).

Depresyondaki yaşlı umutsuzluk duyguları, değersizlik fikirleri taşır. Geçmişteki gerçek ve hayal ürününden başarısızlıklardan, hatalardan ya da düşüncesizliklerinden dolayı kendini suçlar. Kendilerine göre, şu anki durumları ve gelecekları umutsuzdur (Eker 1998).

Forsell ve arkadaşları (1994) yaşlı hastalardaki depresif belirtileri iki gruba ayırmışlardır. Birinci grup disfori, iştahsızlık, suçluluk duygusu, ölme isteği ya da ölüm düşüncelerinin daha fazla olduğu duygu durumu bozukluğu tipidir. İkinci grup ise ilginin kaybedilmesi, psikomotor değişiklikler, enerji kaybı, düşünceleri yoğunlaştırmada zorluk çekmenin daha fazla olduğu yönelme bozukluğu tipidir. Yaşlı kadınlarda duygu durumu bozuklukları alt tipi daha fazla görülürken, erkeklerde yönelme bozukluğu tipi daha fazladır.

Yaşlılık depresyonu psikotik özellikler gösterebilir. Hastanede yatmakta olan yaşlı depresif hastalarda psikotik depresyon sıklığı %30-45 arasında bildirilmektedir. Bu hastalarda daha çok hezeyanlar bulunur. Halüsinasyonlar ise daha az görülmektedir. Suçluluk,

bedensel ve nihilistik hezeyanlar, hipokondriyak yakınmalar olabilir. Bazen kötülük görme ve kıskançlık hezeyanları da tabloya eklenebilir. İştihme halüsinasyonları olabilir. Görme halüsinasyonlarının varlığı başka tanıları düşündürmelidir. Bu hastalarda intihar riski daha yüksektir. Psikotik depresyon, hezeyanların daha sistematize olması ve duygu durumuyla uyumlu olması ile demansta görülen hezeyanlardan ayrılır (Özmenler 2001, Serby ve Yu 2003).

Yaşlılıkta görülen depresyon ile intihar arasında önemli bir ilişki vardır ve intihar oranları yüksektir. Depresyon, yaşlılarda intihar için birincil etkidir. Yaşlı depresyonlarında gençlerdeki depresyonlara göre eşlik eden madde kullanım bozukluğu veya kişilik bozukluğu olmaksızın daha fazla intihara bağlı ölümler görülür. Yaşlı intiharlarının %76'sında teşhis edilebilir bir psikopatoloji olduğu ve bunların %54'ünde majör depresyon, %11'inde ise minör depresyon bulunduğu bildirilir. İntihar girişimlerinin çoğu ilk depresif atakta olmaktadır. Yaşlılarda intihar ve cinsiyet üzerine yapılan çalışmalarda; yaşlı erkeklerde kadınlardan daha fazla intihar girişimi vardır. Çalışma raporları, 60 yaş ve üzeri yaşlılardaki intihar girişimlerinin %50'ye yakını ölümünden önceki bir ay içinde, %26'sı ölümünden önceki bir hafta içinde, %7'si ölümünden önceki bir gün içinde hekimleri tarafından görülmüştür. Fakat bu görüşmelerin yarısından fazlası bedensel şikayetleri içindir (Miyabayashi 2002, Szanto 2001).

Deprese yaşlıların büyük çoğunluğunda bellek ve konsantrasyon testlerinde performans düşüklüğü izlenmektedir. Depresyonun ağırlığı arttıkça, psikomotor testlerde bozulma ve bilişsel bozulma daha da artmaktadır. Depresyon ve bilişsel bozulma çok sıklıkla birlikte bulunur. Bu sıklık 70 yaşından sonra her 5 yılda iki kat artar. Bilişsel bozulma depresyona ikincil olabildiği gibi, sıklıkla altta yatan bir demansiyel bozukluğun belirtisi de olabilir. Deprese yaşlı bireylerde demans kriterini karşılamayan hafif bilişsel bozukluklar (mild cognitive impairment) ve dikkat, planlama, soyutlama, problem çözme, yaratıcılık, karar verme gibi yönetici işlevlerde bozulmalar olabilir (Murphy ve Alexopoulos 2004, Yüksel 2002).

Psödodemans (Yalancı demans)

Depresyon ile demans yaşlılarda en sık gözlenen psikiyatrik tablolardır. Sıklıkla bu iki bozukluğun birbirinden ayrılması zordur. Yaşlı depresyonlu hastalarda demans belirtilerine, demanslı hastalarda ise depresyon şikayetlerine sık rastlanır. Vasküler demanslı hastalarda depresyon belirtilerinin sıklığı %31, Alzheimer Hastalığında %20, bilişsel olarak normal olan bireylerde %13'tür (Mathews 2004). Psödodemans terimi en yaygın haliyle bellek bozukluğunun eşlik ettiği depresif

hastaları tanımlamak için kullanılmaktadır. Psödodemansta asıl tanı depresyondur. Bilişsel kusurlar, depresyona yol açan beyin sapı nöronal işlev bozukluğu veya biyojenik amin yetersizliği gibi etkenlere bağlı olabilir. Diğer bir deyişle yaşlılardaki depresyonda görülen bilişsel bozukluk, yalancı veya taklit olmayıp gerçektir. Yapılan bir çalışmada, psödodemanslı yaşlıların %79'nunda ortalama 8 yılda geri dönüşümsüz demans geliştiği görülmüştür. Bir diğer çalışmada saf depresyonlu olgularda geri dönüşümsüz demans gelişme oranı %12 iken, psödodemanslı olgularda bu oran %43'tür. Son yıllarda yapılan bu çalışmalar, psödodemanslı hastaların depresyonunun sağaltımı sonrasında tam bir iyilik gelişse bile bir demans tablosunun ortaya çıkma olasılığının yüksek olabileceğini göstermiştir. Özellikle depresyonun tedavi edilmesi sonrasında hala bir miktar bilişsel yeti yitimi saptanan hastaların demansın erken döneminde hastalar olabilecekleri belirtilmektedir. Bu nedenle yaşlı depresyonlarında görülen psödodemans, geriye dönüşümsüz demans belirleyicisi olarak değerlendirilmektedir. Nitekim geç başlangıçlı depresyonun Alzheimer hastalığının erken dönemi olduğu da ileri sürülmektedir (Aşkın 1999, Murphy ve Alexopoulos 2004, Mathews 2004).

Diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikteliği

Yaşlı depresyonlarında, sıklıkla alkol kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, kişilik bozukluğu eşlik edebilir. Yaşlı depresyon hastalarında alkol kullanım bozukluğu 3-4 kat daha fazladır. Depresyon ve alkol kullanım bozukluğu birbirlerinin oluşmasına yatkınlık sağlar. Yaşlılarda anksiyete bozukluğu ile ilgili sınırlı sayıdaki verilere göre, yaşlı depresyon hastalarında panik bozukluk ve obsesif-kompulsif bozukluk sıklığı az olmakla birlikte, yaygın anksiyete bozukluğuna daha sık rastlanır. Yaşlı depresyonlarına %10-30 arasında kişilik bozukluğu eşlik eder. Çekingen, bağımlı, obsesif-kompulsif kişilik yapılarını içeren C kümesi kişilik bozuklukları daha sık görülmektedir. Sınırdaki, narsistik, histirionik, antisosyal kişilik yapılarını içeren B kümesi kişilik bozuklukları yaşlı depresyon hastalarında nadirdir. Yaşlı depresyonlarına alkol kullanım bozukluğu, anksiyete bozukluğu, kişilik bozukluğu eklendiğinde depresyonun seyrini olumsuz yönde etkiler (Devanand 2002).

Sonlanım

Murphy (1983) yaşlı depresyonlarının seyrini araştırmıştır. Hastaların %35'inin bir yıl sonra iyileştiğini, %19'unun tekrarladığını, %29'unun hastalığının devam ettiğini, %3'ünde ise demans geliştiğini, %14'ünün öldüğünü bildirmektedir.

Yaşlı depresyonlarının seyrini etkileyen etkenler;

hastalık öncesi işlevselliğin kötü olması, bedensel hastalıkların, bilişsel bozuklukların, yeti yitiminin, melankolik ve psikotik özelliklerin olması, ilk atağın yaşlılıkta başlaması, şikayetlerin en az iki yıldır sürüyor olması, sosyal destek eksikliği, eşini kaybetme, alkol alışkanlığı, kötü beslenme, uğraş azlığı, ekonomik sıkıntılar, konut ve bakım sorunlarının olmasıdır (Murphy 1983, NIH consensus conference 1992, Kaya 1999).

Yaşlılarda depresyon ölüm oranını artırır. Ancak ölüm nedeni doğrudan depresyonla ilişkilendirilemez. Depresyonun, eşlik eden bedensel hastalıkların seyrini olumsuz etkileyerek ölüme neden olabileceği öne sürülmüştür. Araştırmalar, depresyonun eşlik ettiği bedensel hastalıklarda sonlanışın daha kötü olduğunu göstermektedir (Özmenler 2001).

Yaşlılarda depresyonun en dramatik sonucu özkıyım-dır. Yaşlılar özkıyımın en yüksek olduğu yaş grubunu oluşturur (Tamam ve Öner 2001). Bakımevinde kalan depresyonlu yaşlılarda ölüm oranları depresyonu olmayan yaşlılara göre üç kat daha fazladır. Bu depresyonlu yaşlılarda artmış ölümlerin en büyük nedeni intiharlardır (Gottfries 2001).

Depresyonda bireyin yaşamdan beklentileri ve yaşam kalitesi düşer. Yeti yitimi olur. Birey sonuçsuz ve yıkıcı bir acı çekme sürecine girmektedir. Bedensel hastalıklara yakalanma ve intihar riski artmıştır. Bu nedenle yaşlıda klinik olarak depresyon saptanır saptanmaz tedavisi başlanmalıdır (Kaya 1999).

Tedavi

Yaşlılardaki depresyon tedavisinde ilaç tedavisi, psikoterapi, toplum desteği sağlama, EKT (Elektrokonvülsif tedavi) uygulanır. Yaşlılara ilaç başlanırken yaşla birlikte meydana gelen ilaçların dağılımı, metabolizma ve eliminasyonlarındaki değişiklikler göz önüne alınarak tedavi yapılmalıdır (Mathews 2004). Yaşlılarda gençlerle karşılaştırıldığında ilaç yan etki riskleri daha fazladır. Yan etkileri tolere edebilmeleri daha zordur. Yaşlılar diğer tıbbi hastalıkları için tedavi aldıklarından ilaç etkileşimi daha sıktır (Gottfries 2001).

İlaç tedavisi olarak SSGI (Seçici Serotonin Gerilim İnhibitörü), TSAD (Trisiklik Antidepresanlar) ve diğer antidepresanlar verilebilir. Eldeki tüm antidepresan tedavilerin yaşlılardaki depresyonu tedavi etmedeki etkinlikleri eşittir. TSAD'ların ortostatik hipotansiyon, kardiyotoksikite, antikolinerjik yan etkileri vardır. Bu yüzden TSAD'ları kullanımından zorunlu olmadıkça kaçınılmalıdır. SSGI ilaçlar, yaşlı depresyonlarında etkinlikleri, kullanımları kolaylıkları, yüksek dozlarda güvenli oluşları ve iyi tolere edilmeleri nedeniyle ilk tercihtir. TSAD grubuna göre yan etkileri çok daha azdır. Yan etkileri genelde bulantı, kusma, uykusuzluk, kilo alma

ve yorgunluktur, ancak bu yan etkiler tedavi başarısını etkilememektedir. SSGI'lar %60-80 arasında tedaviye cevap sağlamaktadır. SSGI grubu içinde citalopram ve sertralinin etkinliklerinin kabul görmesi ve kolay tolere edilmesi tercih nedenidir. Fluoksetin ise uzun yarılanma ömründen ve yaşlıların ilaç metabolizmasındaki yavaşlamadan dolayı daha az tercih edilmektedir (Padala 2004, Mathews 2004, Gottfries 2001).

Salzman ve arkadaşları (2002) 1996-2001 yılları arasında yaşlı depresyonlarında tedavi etkinliklerini araştıran çalışmaları derlemişlerdir. İlaç verilen 97 ve EKT uygulanan 12 çalışmayı değerlendirmeye almışlardır. Sonuçlar; çok sayıda çalışmada yaşlı depresyonlarında hem ilaç tedavilerinin ve hem de EKT'nin etkili olduğunu bulmuşlardır. Antidepresanlar en az orta derecede etkilidir. Yan etkilerinin az olmasına rağmen SSGI'leri diğer antidepresanlardan daha etkili değildir. Ayrıca demanslı depresif hastalarda da etkilidir. Süregen tıbbi hastalığı olan hastalarda da güvenli bulunmalarına rağmen bu konuda yeni araştırmalara ihtiyaç olduğu bildirilmektedir. Antidepresif tedaviler majör depresyonda her zaman plasebodan üstündür. Minör depresyon ve distimik bozuklukta ise bu etkinlik her zaman gözlenmemiştir. EKT yaşlı depresif hastalarda etkin ve güvenlidir. Çok şiddetli depresiflerde oldukça etkilidir. 80 yaşındaki hastalar dahi EKT'ye iyi katlanabilmişlerdir.

Yaşlıda vitamin B12 ve folik asit eksikliği tespit edilmesi durumunda tedavi edilmesi gerekir. Vitamin replasmanı yapılmayan hastalarda verilen antidepresif tedaviden tam sonuç alınamayacağı bildirilmektedir (Gottfries 2001).

Yaşlılardaki depresyonun gelişmesinde biyolojik riskler önemli olmasına rağmen psikoterapötik tedavi uygulamaları da göz önünde tutulmalıdır. Psikoterapinin yaşlı depresyonlarında etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle, bilişsel davranışçı ve kişiler arası terapi etkilidir. Bilişsel davranışçı ve kişiler arası terapi yaşa bağlı gelişen bilişsel değişikliklere göre düzenlendiğinde daha iyi sonuçlar alınabilir. Yaşlılarda psikoterapilerin etkin olmasına rağmen uzun tedavi süreci gerektiğinden uygulama azdır. Hastaya sosyal destek sağlanması tedaviyi olumlu yönde etkiler. Aileler genellikle depresif hastaya çok önemli bir destektir. Aile üyeleri hastanın tedaviye uyması konusunda yardımcı olmalıdır. Ayrıca kurumda yaşayan yaşlı depresyon hastalarına kurum görevlileri (bakım vericiler, sağlık personeli) tarafından da sosyal destek sağlanması önemlidir (Gottfries 2001, Arean 2004, Mathews 2004).

KAYNAKLAR

- Aksülü N, Doğan S (2004) Huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda algılanan sosyal destek etkenleri ile depresyon arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5: 76-84.
- Arean PA (2004) Psychosocial treatment for depression in the elderly. *Primary Psychiatry*, 11(5): 48-53.
- Aşkın R (1999) Depresyon el kitabı. 2. baskı. Konya, 124-131.
- Ben-Arie O, Swartz L, Dickman BJ (1987) Depression in the elderly living in the community. Its presentation and features. *Br J Psychiatry*, 150: 169-74.
- Blazer D, Burchett B, Service C, George LK (1991) The association of age and depression among the elderly: an epidemiologic exploration. *J Gerontol*, 46: M210-215.
- Cole MG, Dendukuri N (2003) Risk factors for depression among elderly community subjects: a systematic review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 160: 1147-1156.
- Demet MM, Taşkın EO, Karaca N, İçelli İ (2002) Manisa Huzurevlerinde Kalan Yaşlılarda Depresyon Belirtilerinin Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13: 290-299.
- Devanand DP (2002) Comorbid psychiatric disorders in late life depression. *Biol Psychiatry*, 52(3): 236-42.
- Eker E (1998) Yaşlılık dönemi depresyonları. *Psikiyatri Dünyası*, 2: 45-51.
- Ertan T, Eker E, Şar V (1997) Geriatrik depresyon ölçeğinin Türk yaşlı nüfusunda geçerlilik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 34: 62-71.
- Forsell Y, Jorm AF, Winblad B (1994) Association of age, sex, cognitive dysfunction, and disability with major depressive symptoms in an elderly sample. *Am J Psychiatry*, 151: 1600-1604.
- Gottfries CG (2001) Late life depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 251 Suppl 2: I157-61.
- Gren BH, Copeland JR, Dewey ME, Sharma V, Saunders PA, Davidson IA, et al (1992) Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatr Scand*, 86: 213-217.
- Güz H, Çolak EG (2002) Yaşlılarda görülen psikiyatrik bozukluklar. *T Klin Psikiyatri*, 3: 63-74.
- Kaya B (1999) Yaşlılık ve Depresyon I: tanı ve değerlendirme. *Türk Geriatri Dergisi*, 2: 76-82.
- Kennedy GJ, Kelman HR, Thomas C, Wisniewski W, Metz H, Bijur PE (1989) Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. *Am J Psychiatry*, 146: 220-225.
- Krishnan KR (2002) Biological risk factors in late life depression. *Biol Psychiatry*, 52: 185-192.
- Krishnan KR, DeLong M, Kraemer H, Carney R, Spiegel D, Gordon C, et al (2002) Comorbidity of depression with other medical diseases in the elderly. *Biol Psychiatry*, 52: 559-588.
- Maral I, Aslan S, İlhan MN, Yıldırım A, Candansayar S, Bumin MA (2001) Depresyon yaygınlığı ve risk etkenleri: huzurevinde ve evde yaşayan yaşlılarda karşılaştırmalı bir çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12: 251-259.
- Mathews M, Mathews M, Mathews J (2004) Recognition and treatment of depression in the elderly. *Primary Psychiatry*, 11(2): 33-7.
- Miyabayashi I (2002) Depression and suicidal behavior in the elderly: a literature review. *Yonago Acta Medica*, 45: 69-73.
- Murphy CF, Alexopoulos GS (2004) Cognition and late life depression. *Primary Psychiatry*, 11: 54-58.
- Murphy E (1983) The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry*, 142: 111-9.
- Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K (1983) Prevalence of depression and its correlates in older adults. *Am J Epidemiol*, 117: 173-185.
- NIH consensus conference (1992) Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA*, 268(8): 1018-24.
- Özmenler KN (2001) Yaşlılık çağı depresyonları. *Duygudurum Dizisi*, 3: 109-115.
- Padala PR, Roccaforte WH, Burke WJ (2004) Antidepressants in the treatment of depression in older adults. *Primary Psychiatry*, 11(8): 35-39.

- Sağduyu A (1997) Yaşlılar İçin Depresyon Ölçeği: Hamilton Depresyon Ölçeği ile Karşılaştırmalı Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8: 3-8.
- Salzman C, Wong E, Wright BC (2002) Drug and ECT treatment of depression in the elderly, 1996-2001: a literature review. *Biol Psychiatry*, 52(3): 265-84.
- Serby M, Yu M (2003) Overview: depression in the elderly. *Mt Sinai J Med*, 70: 38-44.
- Stage KB, Bech P, Kragh-Sorensen P, Nair NP, Katona C (2001) Differences in symptomatology and diagnostic profile in younger and elderly depressed inpatients. *J Affect Disord*, 64: 239-248.
- Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, et al (2000) Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry*, 57: 601-607.
- Szanto K, Prigerson HG, Reynolds III CF (2001) Suicide in the elderly. *Clinical Neuroscience Research*, 1: 366-376.
- Tamam L, Öner S (2001) Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi*, 1: 50-60.
- Tiemeier H (2003) Biological risk factors for late life depression. *Eur J Epidemiol*, 18: 745-750.
- Wada T, Ishine M, Sakagami T, Okumiya K (2004) Depression in Japanese community-dwelling elderly-prevalence and association with ADL and QOL. *Arch Gerontol Geriatr*, 39: 15-23.
- Yüksel N (1998) Yaşlılık çağı depresyonları. *Türk Geriatri Dergisi*, 1: 19-23.
- Yüksel N (2002) Demans ve depresyon: klinik ve nöropsikolojik özellikler. *Türk Nöroloji Dergisi*, 8: 71-84.
- Zunzunegui MV, Beland F, Llacer A, Leon V (1998) Gender differences in depressive symptoms among Spanish elderly. *Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33: 195-205.