

Yaşlılık Çağı Depresyonları

Yrd. Doç. Dr. Lut TAMAM*, Dr. Seva ÖNER*

Son yıllarda teknolojinin ve yaşam kalitesinin gelişimine koşut olarak ortalama insan ömrü uzamaktadır. Bunun sonucunda yaşlı olarak kabul edilen insan sayısının (65 yaş ve üstü) genel toplumdaki oranı da gelişmiş ülkelerde %15'lere kadar yükselmiştir (Alexopoulos 2000, Chong ve ark. 2001). Ülkemizde ise bu oranın %5 civarında olduğu bildirilmektedir. Yaşlılık bireyin fiziksel görünüm, güç, rol ve bulunduğu konum açısından kayba uğradığı, yeti yitimleri ve fiziksel hastalıkların artarak bireyin çevreye bağımlı hale geldiği bir dönem olduğundan, bu dönemi yaşayan insanların ruhsal ve fiziksel durumlarına yönelik yaklaşımın diğer yaş gruplarına olan yaklaşımından farklı olması gerekmektedir (Gülseren 1995, Aydemir 1999).

Yaşlılarda sık gözlenen ruhsal bozuklukların başında depresyon gelmektedir. Yaşlılarda depresyon tanısı; hem hastalığın yeterince dikkate alınmamasından, hem de hastaya, ailesine ve doktorlara bağlı çeşitli nedenlerden dolayı sıklıkla atlanmakta ve depresyon belirtilerin başka nedenlerle (fiziksel rahatsızlık, ya da yaşlılık) ilintili olduğu düşünülmektedir (Jenike 1995, Penninx ve ark. 2000). Bu da çoğu zaman tedavinin aksamasına, gecikmesine ve depresyon sonlanımının

kötüleşmesine, kimi olgularda özkiyim riskinin artmasına neden olabilmektedir. Bu yazıda toplum ruh sağlığı açısından bu kadar önemli sorunlara yol açabilen, yaşlılık çağı depresyonunun epidemiyolojisi, nedenleri, klinik özellikleri ve sağaltımı ülkemiz ve yurtdışı kaynaklar açısından değerlendirilip gözden geçirilmiştir.

Epidemiyoloji

Yaşlılık çağı depresyonun yaygınlığı (prevalansı) ile ilgili bulgular çeşitli yaşlı populasyonlarında yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Yaşlılarda depresyon yaygınlığı, alınan grubun özelliği, yapılan çalışmanın amacı ve kullanılan çalışma yöntemine göre %1 ile 60 arasında değişmektedir (Alexopoulos 2000, Blazer 1994, Wu ve Anthony 2000). Yaşlılarda yapılan çalışmalarda çeşitli yönetsel sorunların bu değişkenlikte rol oynadığı bildirilmektedir (Örnek ve ark. 1992). Örneğin; yaşlılıktaki depresyon çoğu kez bedensel veya nörolojik bir hastalığa eşlik etmesi belirtilerin ayırt edilmesinde sorun oluşturabilir. Bunun dışında yaşlılıkta ciddi ve bireyi kısıtlayan ancak geçici depresif durumlar siktir. Normal erişkin populasyonu değerlendirmede kullanılan araştırma araçları yaşlılıktaki depresif belirtilerden bazılarını değerlendirmekte yetersiz kalabilir. Yaşlılarda sevilen bir objenin kaybı sık karşılaşılan bir durum olduğu için bu yaş grubundaki yas oranı üç kat daha fazladır. Bu insanlarda, çoğu zaman depres-

* Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, ADANA

yon 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, değerlendirme ölçekleri ile depresif belirtilerin tarandığı çalışmalarda bildirilen yaygınlık oranlarına göre düşük bulunmuştur. Genel popülasyonda yapılan ve depresif belirtileri değerlendirme ölçekleri ile taramayı amaçlayan uluslararası çalışmalarda yaşlılarda depresif belirti sıklığının %11 ile %48 arasında değiştiği saptanmıştır (NIH 1992). Ülkemizde bu yöntemle yapılan iki çalışmada, Bekaroğlu ve arkadaşları (1991) Hamilton Depresyon Ölçeği ile yaşlılarda depresif belirti yaygınlığını %29 olarak, Uçku ve Küey (1992) Weismann ölçeği ile bu yaygınlığı %11 olarak belirlemiştir.

Yine genel popülasyonda yapılan ve klinik depresyon tanısının araştırıldığı çalışmalarda daha önce belirtildiği üzere yaygınlık genelde değerlendirme ölçekleri ile saptanandan daha az bulunmuştur. Uluslararası çalışmalarda, yaygınlığın %1 ile %24 arasında değiştiği görülmektedir (Blazer 1994). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Uçku ve Küey (1992) major depresyon sıklığını %6 olarak bildirmişlerdir.

ABD'de yürütülen Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) adlı epidemiyolojik çalışmada yaşlılarda ortalama depresyon yaygınlığının %1 olduğu, ve bu sayının genel popülasyona oranla daha düşük olduğu vurgulanmıştır. Bu çalışmada yaşlı kadınlarda depresyon yaygınlığı %1.4 olarak bulunmuşken, erkeklerde bu sayı %0.4 civarındadır (NIH 1992).

Yaşlılıkta depresyon yaygınlığının araştırıldığı bir diğer alan, huzurevleri gibi yaşlılara uzun süreli bakım verilen ortamlardır. Bu yerlerde yapılan uluslararası çalışmalarda depresyon yaygınlığının %5 ile %15 arasında değişirken, depresif belirti yaygınlığının %50'lere dek çıktığı saptanmıştır (Bagley ve ark. 2000, Hyer ve ark. 2001). Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise; Bekaroğlu ve arkadaşları (1991) huzurevlerinde kalan yaşlılarda Hamilton Depresyon Ölçeği ile depresif belirti yaygınlığını %41 olarak bildirmişken, Kurtoğlu ve

Rezaki (1999) CIDI'nın depresyon bölümünü kullanarak yaptıkları klinik görüşme sonucu huzurevlerindeki depresyon yaygınlığını %10.2 olarak bulmuşlardır.

Yaşlılarda depresyon yaygınlığının araştırıldığı bir diğer alan tıbbi hastalığı bulunan, bu nedenle tedavi görmekte olan yaşlı hastalarda yapılan çalışmalardır. Depresyonun bu hastalarda görülme sıklığının %7 ile 42 arasında değiştiği bildirilmektedir (Alexopoulos 2000, Bagley ve ark. 2000). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bedensel hastalığı bulunan 92 yaşlı hastanın 20'sinde (%21.7) ICD-10'a göre depresyon tanısı konmuştur (Sağduyu 1997). Bir diğer çalışmada ise bir geriatri polikliniğine ayaktan tedavi amacıyla başvuran hastaların %30.7'sinde, yatmakta olan hastaların ise %35'inde major depresyon saptanmıştır (Ertan ve ark. 1998).

Yapılan çalışmalarda; kadın olmanın, boşanmış ya da ayrı yaşamının, düşük sosyoekonomik düzeyin, sosyal desteğin yetersiz olması ya da bulunmamasının, beklenmedik bir şekilde ortaya çıkan ya da yakın dönemde olan olumsuz yaşam olaylarının yaşlı hastalarda ortaya çıkan depresyonla çok yakından ilişkili olduğu saptanmıştır (Ramachadran ve ark. 1982, Schoevers ve ark. 2000).

Etiyoloji

Yaşlılık çağı depresyonunun gelişiminde çok çeşitli faktörlerin rol oynadığı bilinmektedir. Etiyolojik faktörler arasında psikososyal nedenler, yaşlılık döneminde sıklığı artan bedensel hastalıklar ve kullanılan ilaçlar ve yine bu dönemde yaşlılığa bağlı fizyolojik değişiklikler ve bedensel hastalıklar sonrasında ortaya çıkabilen nörokimyasal ya da nöroendokrin değişiklikler sayılabilir.

1. Psikososyal faktörler

Yaşlılık döneminde sıklıkla gözlenen yaşlanmaya bağlı fiziksel ve zihinsel yeti yitimi, ekonomik zorluklar, yaşam tarzındaki değişikliklerin depresyona olan yatkınlığı arttırdığı bildirilmektedir (Alexopoulos 2000). Yaşam hedeflerine ulaşılamamış olması ve buna paralel benlik doyumunun sağlanamaması bu dönemde depresyon riskini arttırmaktadır (Bekaroğlu 1995). Bu dönemde insan yaşamını etkileyen ve depresyona yatkınlığı art-

tırın bir diğer önemli psikososyal stres faktörü de sevilen insanların kaybı ve buna bağlı yaşanan yastır. Özellikle eşin yitilmesi durumunda depresif belirti ve sendromlar sıklıkla gelişebilmektedir. Eşin yitilmesi sonrasında yaşanan yalnızlık düşünceleri, izolasyon, diğer insanlarla etkileşimin azalması depresyon gelişimine zemin hazırlar (Ceylan ve Göka 1998). Eşin yitilmesinden sonraki özellikle ilk iki yıl belirgin depresif özellikler gözlenebileceği, ilk iki yıl sonunda yasta olan yaşlı bireylerin %14'ünün major depresyona girebilecekleri vurgulanmaktadır. Major depresyona girmeyip depresif belirti gösteren yastaki yaşlı bireylerin büyük bir kısmında da yaşam kaliteleri ciddi bir şekilde etkilenmekte ve yeti yıkımı görülebilmektedir.

2. Fiziksel hastalıklar ve ilaçlar

Yaşlılık döneminde ortaya çıkabilecek bedensel hastalıklar hem hastalığın depresyona olan direkt etkilerinden dolayı hem de kişilerde yol açabileceği yeti yitimi, bağımsız işlev görmeyi etkileme gibi nedenlerden dolayı depresyon gelişimine olan katkısı belirgin hale gelmektedir. Bunun yanısıra özellikle kronik hastalıkların ortaya çıkardığı depresif tablolar, yaşlıların yaşam kalitesini daha da etkileyerek hastalığın etkilerini arttırmaktadır. Bu bir kısır döngü oluşturarak kişilerin depresyon düzeyini arttırabilmekte ve tamamen başkalarına muhtaç hale getirebilmektedir (NIH 1992). Yapılan çalışmalarda depresyona girmiş olan ve bedensel hastalığı bulunan yaşlı hastalardaki tıbbi hastalıkların sayı ve şiddetinin depresyonda olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu saptanmıştır. Sağlık ekonomisi üzerinde sıkça duran gelişmiş ülkelerde depresyonu olan bu hastaların kronik hastalardan bile daha uzun süre hastanede yatmaları ve getirdikleri ek ekonomik yük üzerinde sıkça durulmaktadır (Shah ve ark. 2001).

Parkinson hastalığı, adrenal ve tiroid işlev bozuklukları, felçler, kanserler ve nörodejeneratif hastalıkların doğrudan depresyona yol açtıkları da unutulmamalıdır. Pankreas ve akciğer kanseri gibi hastalıkların ilk belirtisi genelde depresyon olmaktadır (Oral 1999). Depresyona yol açan hastalıkların bir listesi Tablo 1'de sunulmuştur. Bütün bunlardan başka yaşanan beynin rahatsızlıklara olan duyarlılığının artması da depresyonun şiddetini arttıran etmenler arasında sayılmaktadır.

Yaşlı hastalarda kullanılan çok çeşitli ilaçlar da bu dönemdeki depresyon şiddetini arttıran faktörler arasında sayılmaktadır. β blokerler, digoksin ya da bazı antihipertansifler gibi çeşitli ilaçların kendilerinin de depresyona yol açmaları, çoğu zaman hastalarda ortaya çıkan ya da ağırlaşan depresyonun en önemli nedenidir (Oral 1999). Bundan dolayı yaşlı hastalarda ilaç yazılırken ya da önerilirken olabildiğince düşük dozda ve sayıda ilaç reçete edilmesi sıkça önerilmektedir. Bu yolla ilaçların diğer ilaçlarla etkileşimlere bağlı ya da direkt depresyona yol açma eğilimlerine bağlı beden üzerindeki etkilerinin azaltılması amaçlanmaktadır. Depresyona yol açma olasılığı yüksek ilaçlar Tablo 1'de gösterilmiştir.

3. Nörobiyolojik etmenler

Yaşlılık depresyonunda psikososyal ve fiziksel hastalık etmenleri dışında nörobiyolojik faktörlerinde önemli rol oynadığı sıkça vurgulanmaktadır.

Özellikle yaşlanma ile birlikte serotonin, noradrenalin, dopamin ve GABA'nın beyin konsantrasyonlarında bir azalma görülmesi, yaşlıların depresyona olan yatkınlığını arttıran bir neden olarak görülmüştür. Bunun dışında yaşlı depresif hastalarda yüksek platelet monoamino oksidaz işlev düzeyi saptanmış ve bunun fiziksel hastalığın varlığı ile yakından ilişkili olduğu düşünülmüştür. Platelet MAO düzeylerinin depresyon geliştirmiş yaşlılarda demansın erken bir habercisi olabileceği üzerinde durularak bu konuda daha çok çalışma yapılması önerilmiştir (Alexopolous 2000). Yapılan beyin görüntüleme çalışmaları geç başlangıçlı depresyonu olan hastalarda lateral beyin ventriküllerinde belirgin bir genişleme olduğunu, bunun erken dönemde depresyon geliştirmiş yaşlı hastalara oranla anlamlı düzeyde fazla olduğu saptanmıştır. Bu çalışmalarda ventriküllerdeki bu genişlemenin Alzheimer tipi demansı olan hastalarla benzer düzeyde olduğu vurgulanmıştır. İşlevsel beyin görüntüleme teknikleri ile yapılan çalışmalarda ise yaşlılık çağı depresyonu olan hastalarda prefrontal disfonksiyonun olduğu görülmüştür. Bunun dışında antero temporo-limbik sistemlerdeki disfonksiyon ve kortiko-striato-pallido-kortikal yollarla depresyon arasında bir ilişki olabileceğini bildiren yayınlar da bulunmaktadır (Alexopolous 2000).

Tablo 1. Depresyona yol açma olasılığı yüksek tıbbi bozukluklar ve ilaçlar

1. Hipovitaminozlar	Oksijenin azladığı durumlar (serebral arteriosklerozis, kronik bronşit, konjestif kalp yetmezliği, amfizem, miyokard enfarktüsü, paroksizmal ritim bozukluğu pnömoni, ağır anemi)
Pellegra	
Pernisiyöz anemi	
Wernicke ensefalopatisi	
2. Endokrinolojik hastalıklar	7. Nörolojik Bozukluklar
Akromegali	Alzheimer hastalığı
Addison hastalığı, Cushing hastalığı	Amyotrofik lateral skleroz
Hiper ve hipoparatiroidizm	Creutzfeldt Jakob hastalığı
Hiper ve hipotiroidizm	Huntington koresi
İnsülinoma	Multipl skleroz
Feokromositoma	Myastenia gravis
3. Travma	Parkinson hastalığı
Kafa travması	Pick hastalığı
4. İnfeksiyonlar	Wilson hastalığı
Ensefalitler	8. Depresyona yol açan ilaçlar
Fungal infeksiyonlar	Amfetamin
Menenjit	Antipsikotik ilaçlar (uzun süreli kullanım)
Nörosifiliz	Antihipertansif ilaçlar (klonidin, diüretikler, guanetidin, metildopa, propanolol, rezerpin)
Brusellozis	Benzodiazepin kullanımı (uzun süreli kullanım)
Tüberküloz	Fenobarbital
5. Malign hastalıklar	İndometazin
Metastazlar (göğüs-meme, gastrointestinal, akciğer, pankreas, prostat)	Simetidin
6. Metabolik bozukluklar	Digoksin
Doğum kontrol hapları	Disülfiram
Elektrolit dengesizliği (hipokalemi, hiponatremi)	L-dopa
Hepatik ensefalopati	Sedatifler (barbitüratlar ve benzodiazepinler)
Üremi	Steroidler / ACTH

Bu bulgular dışında, serebrovasküler hastalıkların yaşlılık depresyonunun ortaya çıkmasına yardımcı olduğu düşüncesinden yola çıkılarak vasküler depresyon varsayımı ortaya atılmıştır (Conway ve Steffens 1999). Bu varsayımı destekleyen en önemli bulgu, depresyon ve vasküler beyin hastalıkları arasındaki yüksek birliktelik oranı ve özellikle iskemik beyin lezyonu bulunan hastalarda saptanan belirgin davranışsal bozukluklardır. Vasküler depresyon kendisini apati, anhedoni ve işlevsel bozukluklar gösterir. Vasküler depresyonu olmayanlara oranla vasküler depresyonu olan yaşlı hastalarda psikomotor retardasyon, bilişsel bozukluklar ve içgörü kaybı daha fazla, ajitasyon ve

suçluluk duyguları daha az görülür. Tek bir lezyonun ya da çok sayıda lezyonun belirli bir eşik değerini aşacak biçimde birikerek prefrontal sistemleri ya da onların düzenleyici yollarını kesmesi, vasküler depresyondaki temel oluşum mekanizması olarak kabul edilmektedir. Vasküler depresyon varsayımı, yaşlılık çağı depresyonunun biyolojik etiyojisini destekleyen önemli bir varsayımdır (Conway ve Steffens 1999).

Yaşlılık depresyonunun patogenezinde kalıtımın öneminin, erken yaşta başlayan depresyondaki önemine oranla oldukça düşük olduğu da bildirilmektedir.

Tanısal ve Psikolojik Değerlendirme

Yaşlılık dönemi depresyonunda ortaya çıkan en önemli sorunlarından biri tanı sürecinde yaşanan sorunlardır. Bu dönemde depresyon tanısı koymak erken dönemde yaşanan depresyona tanı koymaktan daha zordur (NIH 1992). Çünkü yaşlılık döneminde, hem hastalar hem de doktorları ortaya çıkan depresif belirtileri yaşlanmanın doğal sürecinin bir parçası olarak görebilirler. Emeklilik döneminde işlevlere yönelik beklentilerdeki azalmaya paralel olarak depresyona bağlı ortaya çıkabilecek yeti yıkımının düzeyine tam olarak değerlendiremeyebilirler. Bunun yanısıra yaşlı insanların depresif duygulanımlarından çok bedensel yakınmaları üzerinde durmaları ve bunu bildirmeleri, hem hasta hem doktorun birlikte bulunana tıbbi durum üzerine odaklanmalarına ve olası depresyon tanısından uzaklaşmalarına yol açabilir.

Bu şekilde depresyon tanısının atlanmasını önlemek için yaşlı hastanın değerlendirme sürecinde özenle durulması gereken bazı noktalar bulunmaktadır. Muayene sırasında hastanın öyküsü ayrıntılı bir biçimde öğrenilmeli, çoğu olguda yalnız hasta değil hastayı tanıyan diğer aile bireyleri ya da hastayı bilen diğer insanlardan da ayrıntılı öykü alınmalıdır. Özellikle hastanın son dönemdeki işlevselliğinin değerlendirilmesi önemlidir. Öyküsünde hastanın geçmiş psikiyatrik tanıları, ailede ruhsal hastalık öyküsü, kişilik özellikleri, bulunan kronik bedensel rahatsızlıkları, hastalık belirtilerinin gelişim süreci, aldığı psikiyatrik ve psikiyatri dışı tedaviler ayrıntılı biçimde sorgulanmalıdır (Ceylan ve Göka 1998, Örnek ve ark. 1992). Hasta yakınlarından özellikle hastadaki olası bilişsel disfonksiyonlar, affektif bozukluklar ve psikoz varlığı konusunda sorgulanmalıdır. Yaşlı hastalara ayrıntılı fizik muayene yapılmalı, depresif belirtilere neden olabilecek olası fiziksel rahatsızlık bulguları değerlendirilmeli, gerekirse bu süreç içinde tam kan sayımı, elektrolit değerleri karaciğer, böbrek fonksiyon işlevleri, tiroid fonksiyonları, elektrokardiyografi, BBT, vitamin B₁₂ ve folat düzeyleri gibi eşlik edebilecek fiziksel hastalıkların tanı ve durum değerlendirmesine yönelik laboratuvar incelemeleri de yapılmalıdır (Özmenler 2001).

Bu hastaların tanı sürecinde bilişsel işlevleri de-

ğerlendirecek Kısa Kognitif Muayene Ölçeği (Mini Mental State Examination) kullanılması yerinde olacaktır. Bu ölçek Türkiye'de geçerlik güvenilirlik çalışmaları tamamlanmış, organik hastalıkların bilişsel işlevler üzerindeki etkilerini değerlendirmeye yönelik çok zaman almayan, yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Bu ölçekle sadece bilişsel alan değerlendirilebilmektedir. Ölçeğin değerlendirme sürecinde tek başına kullanılmaması, belirli bir kesim noktasına dayanılarak demans tanısı konmaması önerilmektedir. Doğru olan bu klinik değerlendirme ölçeğinin öykü, fizik ve ruhsal muayene ile bir bütün olarak değerlendirilmesidir. Bunun dışında depresyon tedavisi sırasında ve sonrasında, hastanın bilişsel işlevlerini izlemek açısından bu testin klinik izlem amacı ile de kullanılabilir. Depresyonun yaşlı hastalarda erken tanısı ve izleme sürecinde kullanılacak özellikle daha genç hastalar için geliştirilmiş çok sayıda ruhsal değerlendirme ölçeği bulunmaktadır. Ancak bu ölçekler daha çok genç hastalar için geliştirildiklerinden yaşlılarda kullanılırken sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlardan bazıları, somatik yakınmaların yaşlılarda gençlere oranla daha sık görülmesi ayrıca bu ölçeklerin gençlerdekine oranla yaşlılarda tanısal özgüllüğe sahip olmamaları ve yaşlıların testi doldurmaları sırasında çektikleri güçlüklerdir. Yine uyku bozuklukları depresyonda sık görülen bir tanı ölçütü olmasına karşın, depresyonu olmayan yaşlı hastalarda da sıkça görülen bir bulgudur (Sağduyu 1997).

Bu sorunları dikkate alarak geliştirilen ve yaşlı hastalarda depresyon tanısı ve izlemi için kullanılacak bir ölçek Yaşlılar için Depresyon Ölçeğidir. Bu ölçek, evet/hayır şeklinde sorulardan oluşan, yaşlılarda tanı değeri fazla olmayan somatik yakınmaları ve tepki doğurabilecek maddeleri dışarıda bırakan bir ölçektir. Bu ölçeğin 30 maddelik formunun Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Ertan ve ark. 1996). Bu ölçeğin sağlıklı yaşlı nüfusta, bedensel hastalığı olan yaşlılarda ve hafif-orta demansı olan yaşlı grupta geçerli ve güvenilir olduğu gösterilmiştir (Brink ve ark. 1982, Sağduyu 1997). Türkçe versiyonunda depresyon için kesme noktası 13 ile 14 puanlar arası olduğu bildirilmektedir. Bu ölçeğin tam metni Tablo 2'de verilmiştir.

Klinik Özellikler

Yaşlılarda görülen depresyonun klinik belirtileri, alt tipleri ve tanı ölçütleri genç yaşta ortaya çıkan depresyonla benzetmekle birlikte, hastaların bir kısmında önemli farklılıklar vardır.

Jenike (1995) yaşlılarda görülen depresyon tanısı için DSM tanı ölçütlerinin rahatlıkla kullanılabilirliğini belirterek, bu hastalarda görülen belirtileri; uyku, ilgi, suçluluk, enerji, konsantrasyon, iştah, psikomotor ve özkıyım ana başlıkları altında toplamıştır. Yaşlı hastalarda sabahları erken uyanma şeklinde uyku bozuklukları sıklıkla görülebilir. Bunun yanısıra yaşama ve eskiden zevk aldığı şeylere olan ilginin yitilmesi, suçluluk takıntıları, ve kendine acıma duygusunun öne çıkması, gün boyu kendini yorgun halsiz hissetme ve konsantrasyon güçlükleri de diğer temel belirtiler arasında yerini almaktadır. Yaşlı hastalarda psikomotor retardasyon sık görüldüğü gibi, psikomotor ajitasyon da az değildir. Özellikle ölüm düşünceleri ve buna bağlı özkıyım düşüncelerine de sık rastlanır.

Klasik depresyon belirtilerinin yanısıra yaşlı hastalarda somatik yakınmalar ve uğraşlar, anksiyete bulguları ön plandadır ve sıklıkla beden işlevlerinde bozulma olduğu ya da hastalıkla ilgili sanrılar biçimindedir. Bedensel ve otonomik belirtiler, ağrı, hipokondriyazis, obsesyonel durumlar gibi çeşitli bozuklukların depresyon eşdeğerleri oldukları öne sürülmüştür (Örnek ve ark. 1992). Maskeli depresyon olarak ta tanımlanan bu tablo affektif belirtileri belirgin olmayan somatik ve bilişsel belirtilerle giden depresyonlar içinde kullanılmıştır. Yaşlı hastalarda maskeli depresyonda duygudurumdaki değişikliklerden kaynaklanan yakınmalar somatik yakınmalarla yer değiştirmiştir. Tanı ve tedavi sürecinde organik bozuklukların bu yakınmalara ya eşlik etmediği ya da bulunsa bile şiddetinin orantılı olmadığı sıkça gözlenebilir. Özellikle organik nedenlere bağlı somatik yakınmaları fazla olan yaşlı hastalarda bu tanının konması güçtür. Hekimin bu tablonun bir duygudurum bileşeninin olabileceğini her zaman akılda tutmalıdır (Özmen 1996). Maskeli depresyonu olan yaşlı hastalarda organik belirtiler ve hipokondriyak düşüncelerle uğraşı düzeyi çok farklılık gösterebilir. Bir uçta yeti yitimi olmasına karşın belirtilerini umursamayan, diğer uçta ise sanrısız düşünceleri olan ve hatta bu yüzden tüm yaşamını hastanelerde doktorlara

hasta olduklarını kanıtlamaya uğraşarak geçiren yaşlılar olabilir.

Yaşlı depresif hastalarda sıkça görülen bir diğer tablo psikotik depresyondur. Hastanede yatmakta olan yaşlı depresif hastalarda psikotik depresyon sıklığının %30 ile 45 arasında değiştiği bildirilmektedir. Bu hastalarda daha çok sanrılar görülmekte, varsanılara ise sanrılara oranla daha az sıklıkta rastlanmaktadır. 60 yaşından sonra ilk kez depresif bir atak geçiren hastaların yaklaşık yarısında farklı düzeylerde nihilistik, somatik sanrılar, suçluluk sanrıları ve paranoid (perseküsyon ve kıskançlık gibi) sanrılar saptanmıştır (Alexopoulos 2000). Psikotik depresyonda, belirtilerin inatçı ve süregen olduğu, hastalığın tekrar etmesi, tekrar hastaneye yatma ve özkıyım girişimi olasılığının daha fazla olduğu, bunun sonucunda hastaların çevrelerine daha bağımlı hale geldikleri ve yaşam kalitelerindeki bozulmanın daha belirgin olduğu belirtilmektedir. Psikotik depresyonda görülen sanrılarının daha sistematize olduğu ve duygudurumla uyumlu ve bu özellikleri ile demanslı hastalarda görülen sanrılardan ayırt edilebilmektedir.

Hem depresyon hem de bellek bozukluğu gibi bilişsel bozukluğu düşündüren belirtilerin bulunması durumunda klinisyenin aklına psödodemans ya da demanslı hastalarda bulunan depresyon gelmelidir.

Psödodemans terimi, klinik belirtiler ve görünümü açısından yaşlı hastalarda demansı düşündüren, ancak mevcut depresyonun sağaltımı sonucunda bilişsel işlevlerdeki bozukluğun düzeldiği tabloyu tanımlamak için kullanılmaktadır (Jenike 1995). Yaşlı hastalarda psödodemans, sıklıkla retardasyonun, depresif duygudurumla uyumlu sanrılarının, umutsuzluk, çaresizlik, anksiyetenin eşlik ettiği ağır depresif bozukluğun bir parçası olarak ortaya çıkmaktadır. Psödodemans, hastadaki bilişsel yeti yitimi demansa oranla daha hafiftir. Bazen depresif atağın tedavisi sonlanana dek bilişsel bozukluğun geri dönüşümlü olup olmayacağı anlaşılabilir ve demansla ayırıcı tanı yapılamaz. Psödodemanslı hastalarda sıklıkla dikkat, bellek, kavramsallaştırma ve zihinsel süreçlerin hızı ile ilgili bilişsel işlevlerin bozulduğu gözlenir.

Son yıllarda yapılan çalışmalar bu olgularda depresyonun sağaltımı sonrasında tam bir iyilik

Tablo 2. Yaşlılar için depresyon ölçeği (Sağduyu 1997)

Geçen hafta kendinizi nasıl hissettiniz? Buna göre aşağıdaki sorulara en doğru cevapları veriniz	
1. Genel olarak hayatınızdan memnun musunuz?	Evet/Hayır
2. Faaliyet ve ilgilerinizin çoğunu bıraktınız mı?	Evet/Hayır
3. Hayatınızın anlamsız olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet/Hayır
4. Sıklıkla canınız sıkın mıdır?	Evet/Hayır
5. Gelecekte ümitli misiniz?	Evet/Hayır
6. Sizi rahatsız eden ve kafanızdan bir türlü atamadığınız düşünceler var mı?	Evet/Hayır
7. Keyfiniz çoğu zaman yerinde mi?	Evet/Hayır
8. Sanki size kötü birşey olacakmış gibi bir korku yaşıyor musunuz?	Evet/Hayır
9. Kendinizi çoğu zaman mutlu hissediyor musunuz?	Evet/Hayır
10. Sıklıkla çaresiz hissediyor musunuz?	Evet/Hayır
11. Sıklıkla huzursuz ve yerinde duramaz oluyorsunuz?	Evet/Hayır
12. Dışarı çıkıp değişik şeyler yapmaktansa, evde kalmayı mı tercih edersiniz?	Evet/Hayır
13. Gelecekle ilgili olarak sık sık endişeleniyor musunuz?	Evet/Hayır
14. Bir çok kişiye göre daha fazla unutkanlığınız var mı?	Evet/Hayır
15. Hayatta olmak sizin için güzel bir şey mi?	Evet/Hayır
16. Çoğu zaman kederli ve üzgün müsünüz?	Evet/Hayır
17. Kendinizi oldukça değersiz buluyor musunuz?	Evet/Hayır
18. Geçmişini düşünmek canınızı oldukça sıkıyor mu?	Evet/Hayır
19. Hayat size oldukça heyecan verici geliyor mu?	Evet/Hayır
20. Yeni bir şeylere kalkışmak size oldukça zor geliyor mu?	Evet/Hayır
21. Gücünüz kuvvetiniz yerinde mi?	Evet/Hayır
22. Durumunuz size ümitsiz geliyor mu?	Evet/Hayır
23. Çoğu insanın sizden daha iyi durumda olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet/Hayır
24. Küçük şeyler sık sık canınızı sıkıyor mu?	Evet/Hayır
25. Sıklıkla ağlamaklı oluyorsunuz?	Evet/Hayır
26. Dikkatinizi toplamada güçlüğüünüz var mı?	Evet/Hayır
27. Sabahları yataktan kalkmak çok zor geliyor mu?	Evet/Hayır
28. Başkaları ile birlikte olmayı eskisi gibi istiyor musunuz?	Evet/Hayır
29. Kolayca karar verebiliyor musunuz?	Evet/Hayır
30. Eskisi kadar iyi düşünebiliyor musunuz?	Evet/Hayır

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 dönemindeki hastalar olabilecekleri belirtilmektedir. Yapılan çalışmalarda tam bir düzelme dahi gösterecek yaşlı psödodemans hastalarının izlemlerinde yüksek oranlarda geri

dönüşümsüz demans tablosuna girdikleri saptanmıştır. Bu hastaların yıl başına ortalama %20 oranında geriye dönüşümsüz demans geliştirdikleri, demans gelişme riskinin normal topluma oranla daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu nedenle yaşlı depresyonlarda gözlenen psödodemans, geriye dönüşümsüz demans belirleyicisi olarak değerlendirilmektedir (Alexopolous 2000, Forsell ve ark.

1994). Bu nedenle bu hastaların izlem süreci içerisinde altta yatan ve tedavi edilebilen nörolojik bozuklukların ayrıştırılabilmesi için dikkatle değerlendirilmesi ve izlenmesinin önemi sıkça vurgulanmaktadır.

Bu klinik belirtiler dışında demans hastalarının genel popülasyona oranla daha yüksek oranlarda depresyon geliştirdikleri saptanmıştır. Demanslı hastalarda depresyon gelişme sıklığı %50 civarındadır. Depresif belirtilerle demansa yol açan hastalıklarda görülen hastalıkların belirtileri arasındaki benzerlikler, özellikle psödemansla ayırıcı tanı yönünden önemli sorunlara yol açabilmektedir (Bekaroğlu 1995).

Sonlanım

Yaşlılık depresyonunun sonlanımına yönelik yapılan çalışmalar genelde hastalığın sonlanımının çok olumlu olmadığını göstermektedir. Bu çalışmalarda hastaların ortalama üçte birinin tamamen düzeldiği, üçte birinde hastalıkta düzelme olmadığı ve kronikleştiği saptanmıştır. Ayrıca yapılan izlem çalışmalarında ortalama %15-20'lik bir kısmında daha önce düzelme göstermelerine karşın hastalığın tekrarladığı görülmüştür. Geçirilen depresif atağın ağır şiddette ve uzun süreli olması, depresyonla birlikte kronik uzun süreli bir bedensel rahatsızlığın bulunması, melankolik ve psikotik özelliklerin bulunması, geçmişte alkol bağımlılığı öyküsünün bulunması, morfolojik beyin anormalliklerinin bulunması depresyonun kronikleşmesine neden olduğu öngörülmektedir. Ayrıca, sık depresif atak geçirilmesinin, geç hastalık başlangıç yaşı, distimi öyküsü, geçirilen depresif atağın ağır şiddette ve uzun süreli olmasının relaps ve hastalığın tekrarlama riskini arttırdığı da vurgulanmaktadır (Cole 1990, Murphy 1983, Özmenler 2001).

Bunun dışında daha önce belirttiğimiz gibi, psödemans tablosu içine girmiş depresyon hastalarının geri dönüşümü olmayan demans tablosu içine girme olasılıklarının zaman geçtikçe arttığı, iki yıllık bir periyodun sonunda demans geliştirme olasılıklarının normal popülasyona oranla 2 ile 6 kat oranında arttığı da bildirilmektedir. Beyinde atrofi bulunması ve depresyonun geç yaşta başlaması, demansı olmayan depresif hastalarda

demans geliştirme riskinin arttığını gösteren faktörler olarak kabul edilmektedir (Alexopoulos 2000).

Yaşlılarda depresyonun en dramatik komplikasyonu özkıymıdır (Aydemir 1999, Pearson ve ark. 1997). Yaşlılar özkıymı riskinin en yüksek olduğu yaş grubunu oluştururlar. Conwell ve arkadaşları (1996), özkıymı sonrası ölen yaşlı hastalarda en sık görülen psikiyatrik bozukluğun tek atak geçirmiş unipolar major depresyonu olduğunu bildirmişken, Henriksson ve arkadaşları (1995) 50 yaş üzerindeki özkıymı sonrası ölümlerde olgular da görülen depresif bozukluk sıklığının daha genç kurbanlara göre daha yüksek olduğunu saptamışlardır. Kadınlarda intihar riski yaklaşık 60 yaşından sonra zirveye ulaşırken erkeklerde ise 80 yaşlarına doğru artış göstermektedir (Aydemir 1999). Özkıymı düşüncesi olan yaşlı hastalarda buna neden olarak en çok yalnızlık gösterilmiştir. Bunun dışında maddi sorunlar, kronik ağrı ve kronik bedensel rahatsızlıklar ve depresif düşünceler diğer özkıymı düşüncesi nedenleri arasında yer almaktadır. Yaşlı bireylerin intihar girişiminde bulunma olasılıkları az olmakla birlikte, bu kişilerin bu eylemi tamamlama olasılıkları daha yüksektir. Özkıymı girişimlerinin büyük bir çoğunluğu hastanın klinisyen tarafından muayene edilmesinden sonraki aylarda oluşmaktadır. Ayrıca bireyin hastaneden taburcu edilmesinden sonra da risk artabilir. Yaşlılarda özkıymı için en önemli risk faktörleri arasında; erkek olmak, ağırlı ve yeti yıkımına yol açmış bedensel rahatsızlığının bulunması, yalnızlık, daha önce özkıymı girişiminde bulunmuş olmak, ailede özkıymı öyküsünün bulunması, alkol ve ilaç kötüye kullanımı, özkıymı plan ve tasarılarının olması, depresyonun düzelme aşamasında enerjinin hastalık öncesi düzeyine dönmesine karşın disforinin sürmesi gösterilmektedir. Bu risk faktörleri bulunan depresif yaşlı hastalar mutlaka özkıymı düşünceleri yönünden değerlendirilmeli ve sorgulanmalıdır (Pearson ve ark. 1997).

Tedavi

Yaşlı depresyon hastalarının tedavisindeki temel ilkeler genel olarak genç hastaların tedavisine benzer özellikler gösterir. Kullanılan tedavi yöntemleri arasında farmakoterapi, elektrokonvulzif terapi (EKT), psikoterapötik yaklaşımlar yer almaktadır. Yaşlılık çağı depresyonlarının psikofarmakolojik ve

elektrokonvulzif tedavilerinde, diğer yaş gruplarına göre buldukları yaşa özgün yanları ve bunlardan kaynaklanan uyulması gereken bazı ilkeler vardır (NIH 1992, Jenike 1988).

Genel olarak antidepresanların çoğu, yaşlılarda gençlerdekine eşdeğer tedavi etkinliğine sahiptir. Bununla birlikte yaşlılarda antidepresan tedavisinden önce bedensel farklılıkların yol açabileceği farmakokinetik etmenler (ilaçların emilimi, metabolizması, protein bağlanma oranı, böbrek işlevlerindeki değişiklikler gibi), önceki ilaç uygulamaları ve etkileri, komorbid fiziksel ve ruhsal bozukluklar ve bu amaçlarla kullanılan ilaçların türü ve etkileşimleri mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır (Gülseren 1995). Bu hastalarda kullanılabilecek trisiklik ve tetrasiklik antidepresanların, güçlü antikolinergik ve noradrenergik yan etkileri olduğundan ve bu nedenle yaşlılar tarafından tolere edilemediklerinden, yaşlılarda kullanırken dikkatli olmak gerekmektedir. Hastanın veya bir yakının önceki depresif atakları sırasında bu ilaçlardan faydalandıklarına dair bir öykü alınmışsa, bu ilaçlar yetişkinler için önerildikleri dozları yarısını aşmayacak biçimde, özellikle kardiyolojik yan etkiler yakından izlenmek şartıyla yaşlı hastalarda kullanılabilir (NIH 1992).

Yaşlılar antikolinergik, kardiyovasküler ve sedatif yan etkilere duyarlı olduklarından, bu hastalarda saptanan depresyonlarda etkinlikleri kanıtlanmış olan selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), venlafaksin (SNRI) moklobemid gibi reversibil MAO inhibitörleri gibi daha güvenilir ilaçlar tercih edilmelidir (Jenike 1988, 1995, Tsolaki ve ark. 2000). Özellikle SSRI'lar artık ilk tercih edilen ilaçlardır. SSRI'ların da bu hastalarda kullanımı sırasında, sağlıklı yaşlılarda bile karaciğer işlevlerinde bir miktar azalma olduğu, ve SSRI'ların bu yoldan vücuttan atıldıkları düşünüldüğünde SSRI metabolitlerinde birikme ve konsantrasyonlarında artışlar olabileceği ve SSRI'ların bir kısmının sitokrom p450 enzimleri ile etkileştiği ve buna bağlı bazı ilaç düzeylerini etkiledikleri unutulmamalıdır (Preskorn 1993).

Yaşlı hastalarda antidepresan tedaviye yanıtın başlaması, genç yetişkinlere göre daha geç olmaktadır bu yüzden bir ilaca yanıtı değerlendirmek için gerekirse 9 hatta 12 haftaya kadar beklemek uygundur. Yaşlı hastalarda antidepresanların etkin-

lik gösterdikleri, plazma düzeyleri genç erişkinlerinkine benzerdir. Fakat yaşlılar küçük dozlarda trisiklik ilaç alırken bile, toksisite sınırları aşılabileceğinden, ilaç plazma düzeylerinin ölçülmesi gerekebilir. Trisiklik antidepresan tedavi aldıkları sırada, yaşlı hastalar, yüksek entellektüel işlevler, ortostatik kan basıncı, EKG, idrar yapabilmek açısından sık sık kontrol edilmelidir. Yaşlı hastaların ilaç tedavisine uyum göstermelerin sağlamak için, tedavinin ve yan etkilerinin ayrıntılı bir biçimde hastalara aktarılması, ve uyum için aile ile işbirliği yapılması tedavide çok önemli bir yer tutmaktadır (Kelly ve Zisselman 2000). Elektrokonvulzif terapi, yaşlıların depresyonlarının tedavilerinde çok önemli bir rol oynamaktadır. Dirençli depresyonlarda, psikotik depresyonlarda, daha güvenilir bir tedavi olan EKT tercih edilmektedir. Özellikle kendine zarar verme davranışı (özkiyim girişimleri, yeme-içmeyi reddetme, katatonik hastalar gibi) sergileyen yaşlı hastalarda tek tedavi yöntemi olarak ta görülmektedir. Bu tür hastalarda EKT dramatik bir etki göstermekte, bir hafta içerisinde düzelme sağlayabilmektedir.

En çok EKT'ye başvuru hastaların 60 yaşın üzerindeki olduğu çalışmalarda bildirilmektedir. EKT'nin antidepresanlardan daha güvenilir ve kısa süreli olarak daha etkili olduğu kabul edilmesine rağmen, daha sık tekrarlanma oranı görülmesi nedeniyle, EKT tedavisinin son iki haftasında ve tedavi sonrası antidepresan ilaç ile tedaviye devam etmek zorunludur. Yaşlılarda EKT sonrası geçici konfüzyonun daha sık olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle yaşlı hastalarda haftada ikiden fazla EKT yapmaktan kaçınılmalı, ünilateral elektrod uygulaması tercih edilmesi önerilmektedir (NIH 1992). Bunun yanısıra EKT sırasında psikotrop ilaç kullanımının, depresyonun yanısıra bir başka tıbbi hastalığın birarada bulunmasının ve önceden varolan bilişsel kayıpların, EKT yapılan yaşlı hastalarda ek risk etkenleri olabileceği düşünülmektedir.

Yaşlılık depresyonlarında biyolojik yaklaşımların etkinliğini araştıran çok sayıda çalışma bulunmakla birlikte psikososyal yaklaşımları araştıran çalışmalar sınırlıdır. Bu sınırlılığa paralel olarak psikoterapötik yaklaşımların tek başına ya da ilaçlarla kombine tedavideki etkinliği tam olarak ortaya konamamıştır. Ancak depresyonun yaşlılarda geniş işlevsel ve toplumsal sonuçları olduğun-

dan psikososyal tedavi girişimlerinin de olumlu bir etkisi olduğu kabul edilmektedir. Özellikle bireysel bilişsel davranışçı terapiler, aile terapileri, grup psikoterapilerinin bu hastalarda etkili olabileceği bildirilmektedir. Bunun yanı sıra kişilerarası ilişkilere odaklanmış davranışçı terapiler ve kısa süreli dinamik psikoterapinin yararları üzerinde durulmaktadır (O'Rourke ve Hadjistavropoulos 1997).

Sonuç

Her yaş grubuna olduğu gibi yaşlılık çağında da

depresyon sık görülen ve kişilerin yaşamında önemli olumsuzluklara neden olabilecek bir psikiyatrik bozukluktur. Bu yaş döneminde ortaya çıkan diğer fiziksel rahatsızlıkların ve bilişsel bozukluklar bu hastalardaki olası depresyonun tanınmasını ve dolayısıyla tedavi edilmesini güçleştirmektedir. Yaşlılık çağı depresyonun özelliklerinin bilinmesi, bu hastalara olan yaklaşımın daha sağlıklı olmasını sağlayacak, ayrıca depresyonun mevcut fiziksel hastalığa olan olumsuz etkilerinin önüne geçecektir.

KAYNAKLAR

- Alexopoulos GS (2000) Mood disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, BJ Saddock, VA Saddock (Ed), 7. Baskı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, s.3060-3067.
- Aydemir Ç (1999) Türkiye'de yaşlı intiharları. *Kriz Dergisi*, 7:21-25.
- Bagley H, Cordingley L, Burns A ve ark. (2000) Recognition of depression by staff in nursing and residential homes. *J Clin Nursing*, 9:445-450.
- Bekaroğlu M (1995) Yaşlılıkta depresyon. *Karadeniz Ruh Sağlığı Derneği Yayınları-1*, 1. Baskı, Trabzon, s.341-360.
- Bekaroğlu M, Uluutku N, Tannöver S ve ark. (1991) Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand*, 84:174-178.
- Blazer DG (1994) Epidemiology of depression; prevalence and incidence, In *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, JRM Copeland ve ark. (Ed), Baltimore, USA, John-Wiley&Sons Ltd, s.519-522.
- Brink TL, Yesavage JA, Rose TL ve ark. (1982) Screening tests for geriatric depression. *Clin Gerontology*, 27:281-287.
- Ceylan ME, Göka E (1998) Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri; Alkol Kullanım Bozuklukları, Yaşlılık Psikiyatrisi, Demans. 1. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, s.107-113.
- Chong MY, Chen CC, Tsang HY ve ark. (2001) Community study of depression in old age in Taiwan. *Br J Psychiatry*, 178:29-35.
- Cole MG (1990) The prognosis of depression in the elderly. *CMAJ*, 143:633-639.
- Conway CR, Steffens DC (1999) Geriatric depression; Vascular depression hypothesis. *Curr Opin Psychiatry*, 12:463-470.
- Conwell Y, Duberstein PR, Cox C ve ark. (1996) Relationships of age and Axis I diagnoses in victims of completed suicide; A psychological autopsy suicide. *Am J Psychiatry*, 153:1001-1008.
- Ertan T, Eker E, Erdinçler SD (1998) Depression in the elderly population admitted to a geriatric medicine outpatient unit. *International Psychogeriatric Association ve Türk Psikogeriatric Derneği Ortak Toplantısında Poster Bildiri*, 21-23 Mayıs 1998 İstanbul, Türkiye.
- Ertan T, Eker E, Şar V ve ark. (1996) Geriatrik Depresyon Ölçeği ile Kendini Değerlendirme Depresyon Ölçeğinin 60 yaş üzeri Türk popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik incelemesi. 32. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitapçığı. Ankara, GATA Basımevi, s.139.
- Forsell Y, Form AF, Winbland (1994) Outcome of depression in demented and non-demented elderly; Observations from a three-yearfollow-up in a community-based study. *Int J Geriatric Psychiatry*, 9: 5-10.
- Gülseren L (1995) Yaşlılık döneminde görülen psikiyatrik bozukluklar. *3P Dergisi*, 3:185-192.
- Henriksson MM, Marttunen MJ, Isometsa ET ve ark. (1995) Mental disorders in elderly suicide. *Int Psychogeriatr*, 7:275-286.
- Hyer L, Shanmugham B, Coyne AC ve ark. (2001) Depression; Psychological referrals in nursing homes. *J Clin Geropsychol*, 7:67-77.
- Jenike MA (1988) Assessment and treatment of affective illness in the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol*, 1:89-107.
- Jenike MA (1995) Neuropsychiatric assessment and treatment of geriatric depression. *Psychiatric Times*, 12(5):1-5.
- Kelly KG, Zisselmann M (2000) Update on electroconvulsive therapy (ECT) in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 48(5):560-566.
- Kurtoğlu DT, Rezaki SM (1999) Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10:173-179.
- Murphy E (1983) The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry*, 142:111-119.
- NIH Consensus Conference (1992) Diagnosis and treatment of depression in later life. *JAMA*, 268:1018-1024.
- O'Rourke N, Hadjistavropoulos T (1997) The relative efficacy of psychotherapy in the treatment of geriatric depression. *Aging & Mental Health*, 1:305-310.
- Oral T (1999) Depresyonun ikincil sebeplerinin belirlenmesi, (Yaşlılık ve Psikiyatri-II), Okyanus Yayınları, s.5-14.
- Örnek T, Bayraktar E, Özmen E (1992) Geriatrik Psikiyatri. İzmir, Saray Tıp Kitabevleri, s.63-85.
- Özmen M (1996) Yaşlıda depresyonun klinik görünüşleri. *Depresyon Dergisi*, 1: 55-60.

Özmenler KN (2001) Yaşlılık çağı depresyonları. Duygudurum Bozuklukları Dizisi, 3:109-115.

Pearson JL, Conwell Y, Lindsay J ve ark. (1997) Elderly suicide; A multi-national view. Aging & Mental Health, 1:107-111.

Penninx BWJH, Deeg DJH, van Eijk JTM ve ark. (2000) Changes in depression and physical decline in older adults; A longitudinal perspective. J Affect Disord, 61: 1-12.

Preskorn SH (1993) Recent pharmacological advances in antidepressant therapy for the elderly. Am J Med, 94 (Suppl 5A): 2-12.

Ramachadran V, Menon MS, Aruganiri S (1982) Socio-cultural factors in late onset depression. Indian J Psychiatr, 24(3):268-273.

Sağduyu A (1997) Yaşlılar için depresyon ölçeği; Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi, 8:3-9.

Schoevers RA, Geerlings MI, Beekman ATF ve ark. (2000) Association of depression and gender with mortality in old age. Br J Psychiatry, 177:336-342.

Shah A, Odutoye K, De T (2001) Depression in acutely medically ill elderly inpatients; A pilot study of early identification and intervention by formal psychogeriatric consultation. J Affect Disord, 62:233-240.

Tsolaki M, Fountoulakis KN, Nakopoulou E ve ark. (2000) The effect of antidepressant pharmacotherapy with venlafaxine in geriatric depression. Int J Geriatr Psychopharmacol, 2:83-85.

Uçku R, Küey L (1992) Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 19:15-20.

Wu L, Anthony JC (2000) The estimated rate of depressed mood in US adults; Recent evidence for a peak in later life. J Affect Disord, 60:159-171.

III. ULUSAL B YOLOJ K PS K YATR KONGRES

18-21 Haziran 2001
Resort Dedeman, Kapadokya - NEV EH R

Ba vuru i in:

Yard. Do . Dr. Ertu rul E EL
Erciyes niversitesi T p Fak ltesi Psikiyatri
Anabilim Dal , KAYSER

Tel/Faks: 0352 437 57 02
e-mail: kongre2001@kaynet.net.tr
yaban@erciyes.edu.tr

B YOLOJ K PS K YATR DERNE— &
ERC YES N VERS TES TIP FA K LTES PS K YATR ANAB L M DALI