

Yaşlılık Dönemi Depresyonları

Prof. Dr. Engin EKER*

Özet

Yaşlılarda görülen depresyon giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar yaşlıda depresyon yaygınlığının yüksek olduğunu göstermektedir. Ancak ya tanı gözden kaçmakta veya yanlış tanı konmaktadır. Gençlerde görülen depresyon semptomları yaşlıda görülenlerle aynıdır. Ancak dikkat özellikle mizaçtaki çökkünlüğe, psikotik semptomlara, anksiyeteye, somatik semptomlara ve kognitif yıkıma verilmelidir. Farmakoterapi yaşlıdaki depresif semptomların tedavisinde en başta gelir. Yaşlı depresif hastaların %65-80'i uygun antidepresiflere iyi cevap verirler. Yaşlı hastalarda trisiklik antidepresiflerin ciddi yan etkileri olmaktadır. SSRI'ların trisiklikler kadar etkili oldukları gösterilmiştir. Bu grup antidepresiflerin yan etkileri daha az görülmektedir. SSRI'lar yaşlı depresif hastaların tedavisinde ilk tercih edilen antidepresif ilaçlardır.

PSİKİYATRİ DÜNYASI 1998;2:45-51

Yaşlıda depresyonun yaygınlığı, psikopatolojisi, etiyojisi ve patogenezi konusunda son yıllarda yoğun çalışmalar yapılmıştır. Çalışmalar devam etmektedir. Özellikle pratisyen hekimler için yaşlıda depresyonun tanınması ve başedilmesi konusunda bir fikir birliğine varılmıştır. Bu konsensusun önemli noktaları Tablo 1'de gösterilmiştir.

Epidemiyoloji

Yaşamın ileri döneminde görülen depresyon epidemiyolojisi demans epidemiyolojisine oranla daha az belirgindir. Genellikle yaşlıda depresyon belirtilerinin daha çok görüldüğü yolunda aile

üyeleri ve hekimler arasında yaygın bir kanı vardır. Bunun nedenleri arasında en başta yaşlılığın çeşitli kayıp olaylarına sahne olan bir yaşam dönemi oluşu gelir. Bu kayıplar arasında sağlığın, çeşitli organların fonksiyonunun, eşin ve yakınların, sosyal konumun kaybı ve gelir düzeyinin düşmesi vardır. Öte yandan yaşam boyu belli belirsiz bir yadsıma ile yaklaşılan ölüm gerçeği bu dönemde kişiye çok daha yakındır.

Yaşlıdaki major depresyon oranı, yaşlının yaşadığı yere göre değişir. Toplumda saptanan oranlar %1-5 arasındadır. Tıbbi veya cerrahi nedenlerle hastaneye yatmış yaşlılar arasında bu oran %12 civarındadır ve yaşlı bakım evinde kalan kognitif açıdan sağlam, kronik fiziksel hastalığı olan yaşlılar arasında bu oran %20-25'e kadar çıkmaktadır.

* İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Geropsikiyatri Bilim Dalı, İSTANBUL

Tablo 1. Yaşlıda depresyonun tanısı ve tedavisi ile ilgili konsensus

- Depresyon yaşlıda tanısı zor bir bozukluktur.
- Depresyon yaygınlığı toplum içinden alınan örneklerle göre, pratisyen hekimlere başvuranlarda daha yüksektir.
- Risk genel sağlık sorunları ve yaşam olayları ile artar.
- Yaşlıda depresyonun normal veya beklenen bir durum olabileceği ile ilgili yanlış düşünce hastalıkla uygun bir şekilde mücadele etmeyi engeller.
- Yaşlıdaki depresyonun fiziksel ve psikolojik tedavileri gençlerde olduğu kadar etkilidir.
- Yaşlıda depresyon tekrarlayabilir. Bu açıdan hastalar uzun süre izlenmelidir.

Toplum içinde bağımsız yaşayan sağlıklı yaşlılar arasında major depresyon oldukça düşüktür (%1-5 arasında değişir). Oysa depresif semptomlar belirgin olarak yüksektir (en azından %15-18), üstelik toplumda major depresyon belirgin olarak yaşla azalır (en azından 75 veya 85 yaşına kadar), buna karşın depresif semptomların prevalansı aynı kalır veya artar. Major depresyon oranı kronik hastalığı ve yeti yitimi olan hastaların bulunduğu ortamda yaşayanlar arasında belirgin olarak yükselir. Bu epidemiyolojik patern ileri yaşlarda görülen major depresyonun bir çok vakada komorbid tıbbi veya nörolojik hastalığın bir komponenti, komplikasyonu veya sonucu olarak oluştuğunu düşündürür.

Klinik

Yaşlılıkta depresyon kliniği karışık ve şaşırtıcıdır. Tanı koymak zor olabilir. Yaşamın ileri döneminde depresyonun başlıca semptomları, yaşamın erken dönemlerinde görüldüğü gibi disforik bir mizaç, aktivitelerde azalma veya aktivitelerden zevk almamadır. Yaşlı depresif hastalarda ileri derecede retardasyon veya ajitasyon belirtileri görülmeden; kötümserlik, umutsuzluk ve apati hali önde gelen erken depresyon semptomlarıdır. Major depresyon içinde olan yaşlı hasta, üzgün görünüm içinde elem, umutsuzluk duygularını ve değersizlik fikirlerini taşır. Geçmişindeki gerçek veya hayal ürünü başarısızlıklardan, hatalardan veya düşüncesizliklerden dolayı kendini suçlar. Bu suçlamalar düşünce içeriğinin büyük bir kısmını oluştururlar. Birçok yaşlı depresyonluda bir çevreden çekilme reaksiyonu oluşur. Gıda ve içeceği reddeder. Ağır vakalarda hastalar yataklarından çıkmazlar ve kendilerine hiç bir tedavinin faydalı olmayacağını söylerler. Kendilerine göre, durumları umutsuzdur. Suçluluk ve kendini küçük görme duyguları olabilir. "Ben bu dünya için gereksizim" derler. "Vaktinizi boşa harcattığım için üzgünüm doktor" gibi cümleler sıkça duyulur. "Gelecek konusunda hiçbir şey düşünmü-

yorum. Çabalamak için hiçbir neden yok. Nasıl olsa birkaç gün içinde öleceğim" gibi sözlere de sıklıkla rastlanır. Bazıları da rol yapar. Yalvarırlar, yakarırlar. Bu yaşlılarda da zaman zaman depresyonu düşündüren cümleler duyulabilir. "Keşke bütün bunlardan kurtulmuş olsaydım" gibi.

Bedenle ilgili hezeyanlar çok şiddetli depresyonda görülürler ve kliniğe tamamen hakim olabilirler. Bedenin çeşitli bölümlerinin fonksiyon yapmadığını, kanser olduklarını, iç organlarının çalışmadığını ileri sürerler. Perseküsyon ve referans fikirleri de yaşlılarda görülen hezeyanlı depresyonun bir bölümünü oluşturabilir.

Uykusuzluk, kilo kaybetme ile birlikte, iştahsızlık ve yorgunluk bazen depresyonun erken somatik belirtileri olabilir. İleri derecede lokalize veya yaygın ağrının yaşlılarda depresyonun bir belirtisi olabileceği unutulmamalıdır. Bu açıdan yaşlı depresif hastalar, bu tip bedensel şikayetler nedeni ile genel dahiliye kliniklerine başvururlar. Yaşlılardaki geçmeyen, çeşitli tedavilere cevap vermeyen ağrıların depresyon kaynaklı olabileceğini hatırlatmak uygun olur. Kabızlık da en sık görülen somatik semptomdur. İdrar yolları ile ilgili yakınmalar ve özellikle kadınlarda saçların dökülmesine ait şikayetlere de sıkça rastlanır. Yaşlı depresif hastaların, yaşamının diğer dönemlerine oranla cinsel konuda daha az yakınmaları olur. Öte yandan, yaşlılar arasında kalp hastalıkları, yüksek oranda olduğu halde, kalp-damar sistemine ait yakınmalar düşük orandadır. Yaşlı kişide fiziksel yeteneğin azaldığı ve hastalığının arttığı bir dönemde şaşırtıcı ve yorumlanması güç olan somatik semptomlar bulunabilir.

Yatırılarak tedavi edilen yaşlı depresiflerde, dikkati verme ve yoğunlaştırmada güçlük ve bellek bozukluğunun görülme oranı yüksektir. Oysa ayaktan izlenen depresif hastalar sıklıkla belleklerinin iyi olmadığından yakınırırlar. Ancak bu hastaların bellek-

leri klinik olarak veya psikometrik olarak değerlendirildiğinde genellikle belirgin bir yıkım olmadığı gözlenir. Yaşlılıkta sık görülen distimik hastalık durumunda kognitif yıkım daha fazla gibi görülür. Böyle vakaların demans olarak değerlendirilmesi mümkündür.

Klinisyenin, depresyon içinde olan bir yaşlının değerlendirilmesinde, bu tablonun oluşmasında bir fiziksel durumun ne kadar rol oynayabileceğini düşünmesi gerekir. Depresyonla birlikte fiziksel açıdan belirgin hasta görülenler veya belirgin fizik şikayetleri olanların tıbbi açıdan değerlendirilmeleri gerekir. Apati, kilo kaybı ve hatta depresyonda en belirgin semptom olan uykusuzluğun gizli bir fiziksel hastalığın belirtileri olup olmadığının araştırılması gerekir.

Yaşlı kişilerin %60 ile %85'inde depresyonu başlatan spesifik bir olay veya uyaran gösterilmiştir. Yaşlılıkta fiziksel hastalıkla depresif reaksiyonlar arasında yakın bir ilişki vardır. Yaşlı kişilerin fiziksel sağlıklarında bir bozulma, görme ve işitme kaybı, sevilen bir objenin veya saygınlık kaybindan daha önemli olabilir. Bu yüzden fiziksel hastalık yaşlılıkta depresyonu başlatan önemli bir neden olarak ortaya konulabilir. Yaşamı tehdit eden bir hastalığa eşlik eden depresyon klinik tabloyu daha da şiddetlendirebilir.

Genç hastalara oranla, yaşlı depresif hastalarda sık görülen belirtiler arasında somatik şikayetler ön planda olup, yoğun hipokandriyak belirtilere ve daha sık olarak ajitasyona rastlanmaktadır. İntihar düşüncelerinin yaşlı depresifler tarafından daha az bildirildiği gözlenmektedir. Bu durum önemlidir. Çünkü sonu ölümle sonuçlanan suisid oranı yaşlılarda daha yüksektir. Bu açıdan yaşlıda depresyon belirtilerinin iyi bilinmesi gerekir. Çünkü suisid girişiminde bulunmuş olan yaşlıların yaklaşık %40'ı ölümlerinden bir hafta önce, bir hekim tarafından görülmüştür. Bu nedenle intihar, yaşlı depresif hastaların tanınması ve tedavi edilmesi ile önlenabilir. Pratisyen hekimlerin yaşlıdaki depresyon semptom kümelerini iyi bilmeleri gerekir. Özellikle yaşlılarda belirgin depresyon belirtileri olmadan letarji, altta yatan fiziksel şikayetlerin şiddetlenmesi, olmaması gereken bellek bozukluğu, yaşlının ekonomik sorunları üzerinde çok fazla durması depresyonu düşündürmeli ve intihar riski açısından dikkatli olunmalıdır. Yaşlılıkta depresyon riski açısından önemli olan diğer faktörler arasında kadın olmayı (ancak ciddi intihar girişimi erkeklerde daha sık), dul veya bekar olmayı, gelir ve eğitim düzeyinin

düşük olmasını, sosyal desteğin olmayışını, yaşlının önemli kayıplar yaşamasını, fiziksel bir hastalığın bulunması ve bu hastalığın uzun sürmesini sayabiliriz. Ayrıca yaşlıda yoğun hipokandriyak semptomların ve hezeyanların bulunması suisid olasılığını artırır.

Tanı

Genelde, yaşlıda depresyonun tanınmasının gençlere oranla zor olduğunu vurgulamıştık. Yaşlı popülasyonda %40'a ulaşan bir oranda depresyonun teşhis edilemediği saptanmıştır. Tanı konulamamanın nedenleri için birçok faktör ileri sürülür. Birincisi, doktorlar; hastalar ve hasta yakınları gibi sıklıkla yaşlıdaki depresif semptomları yaşlanma sürecinin normal bir psikolojik sonucu olduğunu düşünürler. Sıklıkla depresif belirtileri, fiziksel hastalığa atfederler. Örneğin 70 yaşında bir yaşlının kronik artriti varsa, iki yıl önce eşini kaybetmişse ve küçük bir apartman dairesinde tek başına yaşıyorsa depresyonda olması gerektiği düşünülmektedir. Oysa böyle bir yaşlının depresyonda olması şart değildir. Ülkemizde ve dünyanın birçok yerinde bu durumda olan bir çok yaşlı vardır ve depresyon belirtileri göstermezler. Bu durum hastaların daha sıklıkla somatik semptomları bildirmeye istekli olmasından kaynaklanır ve hastaların erken depresif semptomları unutmamasından kaynaklanabilir. Ayrıca klinisyenler depresyonla aynı anda birlikte görülen tıbbi hastalıklarla daha fazla ilgilenirler. Bu yüzden depresif semptomlar gözden kaçır. İkincisi major depresif epizod için DSM-IV kriterleri (örn. depresif mizaç, ilgi kaybı, kilo kaybı veya kilo alımı, uykusuzluk veya aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk veya değersizlik veya suçluluk duyguları, düşüncüyü bir noktaya konsantre etme yeteneğinin azalması, tekrarlayıcı ölüm düşünceleri, suisid düşüncesi) yaşlılardaki depresyona çoğu kez uygulanabilse de, tüm klinik tablo gençlerde görüldenden farklıdır. Üçüncüsü, polifarmasi ve demansın bulunmasıdır. Bu durumda da depresyon tanısı zor olabilir.

Hastanın değerlendirilmesi standardize edilmiş depresif semptomları değerlendirme ölçeklerinin kullanımı ile kolaylaşabilir. Örneğin Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) veya Epidemiyolojik Çalışmalar için Depresyon Skalası (GSDS) gibi. Yaşlı depresif hastaların açık seçik depresyon belirtileri ile başvurmuyacağını daha önce vurgulamıştık. Yaşlıda depresyonu düşündüren bazı belirtiler ve yakınmalar vardır. Hasta ya bunlardan yakılarak başvurur veya

Tablo 2. Depresyon açısından yaşlı kişilerin en sık başvurma veya gönderilme nedenleri

Süregen ağrı (örn. baş ağrısı, sırt ağrısı, mide-barsak ağrısı)	Sık sık hastaneye veya polikliniklere başvurma
Ajitasyon	Uyku bozuklukları - insomnia veya gündüzleri aşırı somnolans hali
Apati ve çevreden çekilme	Kişiler arası ilişkilerde güçlükler
Birçok spesifik olmayan somatik şikayetler	Cinsel sorunlar
Aşırı yeti yitimi	Çözülmemiş yas
Anksiyete	Aşırı alkol kullanımı
Bellek veya konsantrasyonun azalması	Benzodiazepin alışkanlığı
Kolay yorulabilme	Tıbbi tedavilere uyum göstermeme
Letarji	

diğer sağlık elemanları veya aile üyeleri tarafından getirilir.

Yaşlılardaki depresyon belirtileri Tablo 2'de gösterilmiştir. Bu belirtiler pratisyen hekimler tarafından iyi bilinmelidir.

Pratisyen hekimlerin yaşlıdaki belirtilerin normal keder hali mi yoksa depresyon belirtisi mi olduğu yönünde eğitilmesi gerekir. Fakat yaşlının içinde bulunduğu durum, kendisine bakımda yeti yitimine yol açıyorsa, sosyal aktivitelere katılmasını engelliyorsa veya rol performansında aksamaya neden oluyorsa, tabloyu bir hastalık olarak kabul etmeli ve bu tablo etkin bir biçimde tedavi edilmelidir.

Depresyon tanısı kısa bir klinik değerlendirme yapıldıktan sonra konya da bazen tek bir görüşle depresyonu saf dışı bırakmak zor olabilir. Aile üyelerinden, arkadaşlardan veya bakıcılardan bilgi almak yararlı olabilir. Hatta bazen tüm kaynaklardan bilgi alınabilse bile, depresyon tanısı kesinlik kazanamayabilir.

Kişisel deneyimlerimize göre pratisyen hekimler arasında yaşlıdaki depresyonu normal yaşlanmanın değişmez sonucu olarak gören veya bir kayıba, stres dolu yaşam olayına karşı oluşmuş basit bir psikolojik tepkiden ibaret olduğunu düşünenler az değildir. Depresyonun yaşlıda çok ciddi ve önemli bir psikiyatrik hastalık olduğunu vurgulamak için yoğun temel eğitim gerekmektedir.

Depresyonlu yaşlı hastaların değerlendirilmesinde ilk adım hastaların tıbbi durumunun gözden geçirilmesidir. Özellikle depresyona yol açan ilaçlara (Tablo 3) ve tıbbi hastalıklara (Tablo 4) dikkat edilmelidir.

Yaşlıda depresyon aşırı alkol alımı ve sedatif-hipnotiklerin aşırı kullanımı ile birlikte olabilir. Pratisyen hekimler özellikle uykusuzluk yakınmaları olan yaşlı

depresif hastalara uzun süre benzodiazepin verirler. Yaşlılar bu tür ilaçlardan memnundurlar. Kullanımları sedatif-hipnotikleri azaltmak istemezler.

Pratisyen hekim aşağıdaki Tablo 5'te özetlenen yaşlılığa özgü depresyonun farklı görünümüne dikkat etmelidir.

Tedavi

Öncelikle kardiyovasküler sistem böbrek, karaciğer, tiroid fonksiyonları ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Bir çok tıbbi hastalıkların depresyona eşlik ettiği ve depresyonun pankreas karsinomasında, beyin tümörlerinde ilk primer semptom olabileceği daha önce vurgulanmıştır. Hastanın beslenme durumu dikkatle değerlendirilmelidir. Hastanın çeşitli nedenlerle kullandığı ilaçlar gözden geçirilmelidir. Özellikle yaşlının daha önce hangi antidepresif ilaçlardan yararlandığı öğrenilir.

Tedavi başlamadan hastalık öncesi kişilik ve aile ortamının bilinmesinin yararı vardır. Hastanın tedaviye karşı tutumu ve tedaviden beklentilerinin neler olduğu öğrenilmelidir. Psikodinamik yapısının da bilinmesi gerekir. Aile bireyleriyle, yakın çevresindekilerle, hekimi ile ve tedaviye katkıları bulunan hemşire, psikologla olan ilişkileri araştırılır.

Hasta suisid riski açısından dikkatle izlenmelidir. Özellikle hezeyanların içeriği suçluluk ve perseküsyon konularını içeriyorsa tedavisi somatik tedavi; örneğin ECT veya antidepresiflerle birlikte nöroleptiklerin verilmesini gerektirir. Bu tedaviler en kolay şekilde hastane ortamında yapılır.

Yapılan araştırmalarda depresif hastaların yaklaşık %18'inde uygun antidepresifler kullanıldığı saptanmıştır. Bu oran yaşlılarda %4'e kadar düşmektedir. Yaşlıların uygun antidepresiflerden ziyade trankilizan aldıkları daha önce belirtilmiştir.

Tablo 3. Depresyon oluşturan ilaçlar

Analjezik	
Fenasetin	Antikonvülzifler
Anksiyolitikler ve MSS depresanları	Süksinimid türevleri
Benzodiazepinler	Karbamazepin
Klordiazepam	Antiparkinson ilaçlar
Diazepam	Amantadin
Fenobarbital ve diğer barbitüratlar	L-dopa
Antiaritmikler	Antipsikotikler
Fenilbutazon	Fenotiyazinler (özellikle flufenazin)
İndometazin	Haloperidol
Antibiyotikler	Tioksantenler
Gram-negatiflere etkili antibiyotikler	Kardiyovasküler ilaçlar
Sulfonamidler	Dijital
Antihipertansifler	Prokainamid
Alfa-metil dopa	Diğerleri
Klonidin	Alkol
Hidralazin	Kortikosteroidler
Propranolol	Disülfiram
Rezerpin	Oral kontraseptifler
Amfetamin grubu ilaçlar	Fizostigmin

Tablo 4. Depresyonla birlikte olan hastalıklar

Endokrin bozukluklar ve metabolik hastalıklar	Sistemik lupus eritematozus
Hipertiroidizm	Kanser
Hipotiroidizm	Pankreas başı kanseri
Addison hastalığı	Merkezi sinir sistemi hastalıkları
Cushing hastalığı	Parkinson hastalığı
Diabet	Serebral arterioskleroz
Hipoglisemi	Senil demans
Viral enfeksiyonlar	Normal basıncılı hidrosefali
İnfluenza	Non-dominant lob'taki fokal lezyonlar
Hepatit	Subaraknoid kanama
Viral pnömoniler	Ağır maden zehirlenmeleri
Romatoid artrit	Talyum
	Civa vb.

Tablo 5. Yaşlılığa özgü depresyon görünümü

Fiziksel ve somatik psikiyatrik semptomların iç içe geçmesi
Üzüntünün en az düzeyde ifade edilmesi
Somatizasyon ve fiziksel hastalıklarla birlikte olan orantısız yakınmalar
Yakın zamanda başlayan nörotik semptomlar
Planlanmış kendine zarar verici davranışlar
Psödodemans
Demans ve depresyonunun aynı anda bulunması
Anormal kişilik bozukluklarının ön plana çıkması
Geç başlangıçlı alkol bağımlılık sendromu

Depresyon tedavisinde en sık kullanılan ilaç grubu trisiklik antidepressanlardır. Ayrıca heterosiklik antidepressanlar (mianserin, maprotilin), monoaminoksidaz inhibitörleri (MAOI), selektif serotonin geri alım inhibitörleridir (SSRI) ve RIMA (moklobemid) kullanılır. Amitriptilin, klomipramin ve imipramin gibi trisiklikler yaşlıların depresyonunda gayet etkilidirler. Ancak trisiklikler özellikle yaşlılarda antikolinergik etkilerinden dolayı konfüzyona, idrar retansiyonuna glokomun başlamasına, kötüleşmesine ve görmede bulanıklığa neden olurlar. Ayrıca antihistaminik etkileri sedasyona, antiadrenerjik etkileri postüral hipotansiyona, baş dönmesine ve düşmelere yol açar.

1988 yılından itibaren kullanılmaya başlanan SSRI'ların ise daha az yan etkileri olduğu, aşırı dozlarda nisbeten güvenilir oldukları ve lityumla daha az etkileşime girdikleri bilinmektedir.

Yaşlılara verilen doz, gençlere verilenle aynıdır. SSRI'ların başlıca yan etkileri gençlerde olduğu gibi, baş ağrısı, bulantı, tremor ve uyku bozukluğudur. Yaşlıda terapötik etkinin başlaması daha uzun zaman alabilir. Bu 7-8 hafta sürebilir. Fluoksetin günde 10-20 mg tek doz alınır. Yarılanma süresi uzundur. Yaşlı hasta ilacını almayı unuttuğunda büyük bir sorun oluşturmaz. Sedatif değildir. Bazı hastalar özellikle başlangıçta bir huzursuzluktan yakınırlar. Paroksetin ve sertralinin nisbeten kısa yarılanma süreleri vardır. Paroksetin böbrek ve karaciğer fonksiyon bozukluğu gösteren hastalara da verilebilir. Sitalopram da yaşlılarda çok yaygın olarak kullanılır. SSRI'ların nisbeten pahalı olduğunu da unutmamak gerekir.

Son yıllarda hem serotonin ve hem de noradrenalin geri alımını inhibe eden antidepressifler (SNRI) (Venlafaksin gibi) üretilmiştir. Bu tür ilaçların antidepressif etkinliklerinin ve güvenilirliklerinin yüksek olduğu, etkilerinin erken başladığı bildirilmektedir. Yaşlıda antidepressif tedavi ile relapsları önlemek için Dünya Sağlık Örgütü'nün konsensus beyanına göre iyileşme olduktan sonra ilaçlara, 6 ay devam edilmelidir. Son yıllarda bu süre bir yıla kadar uzatılmaktadır.

Psikolojik Tedaviler

Yaşlıların mental yapılarının terapötik değişikliğe uğramayacak kadar katı olduğu ileri sürülerek psikolojik tedavilerden yararlanamayacağı düşünülmüştür. Oysa yapılan kontrollü çalışmalar kognitif, psikodinamik ve davranışsal tedavilerin genç

depresif hastalarda görülen etkilere benzer etkiler gösterdiklerini ortaya koymuştur. Psikoterapötik hedef daha genç hastalarda görülenlerden farklı olabilir. Özellikle yaşlılarda sık görülen kayıplar (yaş, fiziksel sağlık, ekonomik sorunlar vs.) ve yaklaşan ölüm korkusu üzerine yoğunlaşılır. Yapılan terapi sürecinde yaşlının yaşamı boş görme ve işe yaramadığı biçimindeki düşünceleri üzerinde durulmalıdır.

Yaşlılarda özellikle kognitif davranış terapi etkilidir. Yaşlıda depresyon yaşamın daha genç dönemlerinde bulunanlara benzer şekilde olumsuz düşünce biçimleri ile (kendisi, dünya ve gelecek hakkında) birliktedir ve kognitif terapi ile gençlerdeki benzer kognitif düzelmeler gösterilmiştir.

Minor depresyonlu yaşlılarda veya uyum bozukluğu olanlarda veya çeşitli kayıplar nedeni ile disfori tablosu gösterenlerde daha az yoğunluklu bir psikoterapi yeterli olabilir. Aktif biçimde dinleme ve basit destek verme gibi.

Yaşlı depresiflerin tedavisinde ailenin özellikle önemi vardır. Ailedeki sorunlar yaşlı erişkinler tarafından yaşanan depresif semptomları olumsuz etkileyebilirler. Aile desteği depresif yaşlıların tedavisinde prognoz açısından önemlidir.

Yaşlıda Elektrokonsülsif Tedavi (EKT)

İntihar riskinin yüksek olduğu durumlarda, malnütrisyon, dehidratasyon gösterenlerde ve psikotik hezeyanların yoğun bulunduğu vakalarda elektrokonsülsif tedavinin yeri vardır. Ayrıca, uygun doz ve sürede bir ilaç tedavisinin başarılı olmadığı vakalarda da EKT uygulanması gerekir. Yakın zamanda miyokard infarktüsü geçirmişlere, kalp solunum yetmezliği, üremi, karaciğer yetmezliği, ileri derecede organik beyin sendromu olanlara EKT uygulanmaz. Non-dominant hemisfere uygulanan unilateral EKT postiktal konfüzyona, bellek bozukluğuna, baş ağrısına ve konuşma bozukluklarına daha az neden olur.

Yaşlıda Tedaviye Dirençli Depresyon

Hasta ilk başlanan tedaviye cevap vermiyorsa, tedavinin uygunluğu ve yeterliliği (doz, süre ve hastanın tedaviye uyumu) tekrar gözden geçirmelidir. Tedavi uygunsa psikolojik tedaviler ve/veya kombine tedaviler veya EKT düşünülmalıdır.

Öte yandan hastanın kullandığı ilaçlar tekrar gözden geçirilmeli, sodyum, potasyum ve kalsiyum metabolizmasında bir bozukluk olup olmadığı araştırılmalıdır.

İleri yaşlarda başlayan bir depresyon, bir fiziksel hastalıkla birlikte bulunabilir. Özellikle tedaviye dirençli bir depresif yaşlı hastada, karsinoma, bir kalp hastalığı, serebro-vasküler yetmezlik, endokrinopati (özellikle tiroid hastalıkları), kronik enfeksiyon, ileri derecede anemi gibi bir durumun bulunup bulunmadığı araştırılmalıdır.

Hafif bir demans tablosu tedaviye dirençli depresif tablo ile birlikte olabilir. Bu durumda psikometrik testler EEG, BBT ve MR gerekebilir. Demans hastalarındaki depresyonda, çoğu kez belirgin suçluluk ve diğer psikotik depresyon belirtileri yoktur.

Yararlanılan ve Önerilen Kaynaklar

1. Baldwin RC (1917) Depressive Illness in Psychiatry in the Elderly. Second ed, J Oppenheimer, C Oppenheimer (Ed), Oxford University Press, s.536-573.
2. Blazer DG, Koenig HG (1996) Mood disorders. Textbook of Geriatric Psychiatry. EW Busse, DG Blazer (Ed), Washington, American Psychiatric Press, s.235-264.
3. Gurland BJ, Cross PS, Katz S (1996) Epidemiological perspectives on opportunities for treatment of depression, Am J Geriatr Psychiatry, 4(Suppl 1):7-13.
4. Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ et al. (1988) Depression in elderly hospitalized patients with medical illness. JAMA, 148:1929-1936.
5. Koenig HG, O'Connor CM, Guarisco SA et al. (1993) Depressive disorder in older medical inpatients on general medicine and cardiology services at a university teaching hospital. Am J Geriatry Psychiatry, 1:197-210.
6. Small GW (1991) Recognition and treatment of depression in the elderly. J Clin Psychiatry, 52(Suppl 6):11-22
7. Wilkinson D (1997) ECT in the Elderly. Advances in Old Age Psychiatry, C Holmes, R Howard (Ed), Wrightson Biomedical Publishing Ltd.