

Yaşlılık Çağı Depresyonları

Yrd. Doç. Dr. Kamil Nahit ÖZMENLER*

Dünyada ortalama yaşam süresinde beklenen artış ile birlikte yaşlı nüfus sayısında da artış olmuş, 1950'lerde ortalama yaşam süresi 36 yıl iken, 1990'larda 65 yıla yükselmiştir. Yaşlı nüfusun artışı tabii ki mutlak sorun yumağı demek değildir. Pek çok yaşlı kendi sosyal destek sistemleri içerisinde ruhsal veya fiziksel açıdan ciddi sorunlar yaşamadan ömrünü tamamlamaktadır. Bununla birlikte yaşlılık sosyal çevre değişiklikleri, fiziksel değişiklikler ve hastalıklara yatkınlık açısından risk taşıyan bir dönemdir. Depresyon yaşlılarda en sık karşılaşılan ruhsal bozukluktur. Yaşlıda depresyon hem hastanın hem de yakınlarının yaşam kalitesini olumsuz etkiler.

İleri yaş bir açıdan sahip olunan engin yaşam deneyimleri ile stresörlerle başa çıkmada avantajlar sağlamakta iken diğer yünden de fiziksel beceri güçlükleri, sosyal iletişimde zorunlu kopukluklar ve kimi zaman hayatı da tehdit eden, birkaçı bir arada olabilen fiziksel hastalıklar taşımaktadır. Depresif semptomlar ileri yaş grubunda sık görülen ruhsal belirtilerdir. Yaşlılarda depresif belirti bazen yeni başlayan fiziksel bir hastalığın habercisi olabilir.

65 yaş üzeri toplumda depresyonun değişik formları ortalama %15 sıklıkla görülmektedir

(Livingston 1990). Yaşlı depresyonu gençlere göre etiyoloji ve tedavi cevabı açısından da daha heterojendir. Neden çoğunlukla multifaktöryeldir. Semptomlar hastanın çevresi veya psikiyatrîst olmayan hekimler tarafından sıklıkla yaşamın bir parçası olarak kabul görebilir. Major depresif bozukluğun yaşlılarda genç nüfusa göre daha seyrek görüldüğü bilinmektedir (< %4) (Livingston 1990). Major depresyon için sıklık bu yaş grubunda cinsiyete göre belirgin bir farklılık göstermemekle birlikte, depresif semptomların kadınlarda daha yaygın olduğu da bilinmektedir.

Epidemiyolojik bilgiler çalışmanın yapıldığı topluluk ve ölçüm yöntemine göre de değişiklikler göstermektedir. Örneğin İngiltere'de yaşlıların psikiyatrik değerlendirmesinde yaygın olarak kullanılan geriyatrik mental durum ölçeği ile 65 yaş üzerinde major depresyon prevalansı %2-4 bulunmuş iken, bir başka çalışmada yaşlılarda depresyon prevalansı %10-15 civarında bildirilmiş, Dünya'da en geniş toplum bazlı epidemiyolojik çalışma olan ECA (Epidemiologic Catchment Area) ile 65 yaş üzeri major depresyon prevalansı %1 olarak bulunmuştur. Polikliniklerde ayaktan takibi yapılan yaşlılarda depresyon sıklığı %13-40, hastanede yatırılarak tedavi edilenlerde %10-45, hastanede yatarak tedavi gören demanslı hastalarda %52, kanserli yaşlılarda ise %50 oranları verilmektedir (Evans 1993, NIH 1992, Snowdon 1994, Spiegel 1996, Steffens 2000).

* Gülhane Askeri Tıp Akademisi Psikiyatri Anabilim Dalı, ANKARA

Depresif semptomların da 65 yaş üzerinde görülme sıklığı çok değişmektedir. Genel popülasyonda %15-20 gibi oranlar verilirken, bakımevinde kalanlarda bu oran %40'a yükselmekte hastanede ise %50 civarında bildirilmektedir (Snowdon 1994, Özmenler 1998). Alzheimer hastalarında %81 oranında depresif mizaç tanımlanmıştır (Ballard 1996). Hastanelerde ciddi fiziksel hastalıkların tabloya eşlik etmesi değerlendirmeyi de güçleştirmektedir.

Depresif semptomların değişik yaşlı gruplarında farklı oranlarda görülmesi bu grupların genel sağlık durumları ile de yakından ilgilidir. Toplumda yalnız yaşayabilen yaşlılarda göreceli olarak daha az bedensel, ruhsal ve sosyal problem beklediğinden bu grupta depresif semptom sıklığı azalırken, bakımevinde ya da hastanede bulunma, yaşlılarda zaten bedensel, ruhsal ve sosyal başka problemlerin de varlığına işaret ettiğinden depresif semptomların artıyor olması bir açıdan doğaldır. Yine yaşlıların huzurevinde yaşaması toplumdaki uzaklaşmaya ve dolayısıyla depresif semptomların da artmasına neden olur. Huzurevinde ya da bakımevinde yaşama bir açıdan bağımsızlığın ve mahremiyetin kaybı olarak da tanımlanabilir. Depresif semptomların yaşlılarda yaygınlığı hem kendileri hem de yakınları için zorlanmalara neden olur. Hastane ve huzurevlerindeki yaşlılarda %25-50 oranında depresif bozukluk görülmekte, bu da hem hastalık riskini arttırmakta hem de sosyal ve ekonomik açıdan zorluk yaratmaktadır (Burvill 1994, Özmenler 1998, Judd 2000).

Yaşlıda depresyon yalnızca hastalık riskini arttırmaz aynı zamanda ciddi bir ölüm nedenidir. Yaşlı depresiflerde intihara yatkınlık genç depresiflerden daha fazladır. İngiltere'de intihar olgularının %25'ini 65 yaşın üzerindeki kişiler oluşturmaktadır (Livingston 1990). Erkek cinsiyetinde sıklığın daha fazla olduğu ve yaşlılığın ileri evreleri ile birlikte daha da arttığı, kadınlarda ise erkeklere göre hem daha az görüldüğü hem de yaşın ilerlemesi ile birlikte sıklığın bir plato çizdiği bilinmektedir. Yaşlıda intihar toplum ve kültürlere göre de belirgin farklılıklar gösterir. Yalnızlık ve sosyal izolasyon en önemli risk faktörleridir. Kayıplar özellikle yakın dönemde olanlar ve yaşlılarda izolasyonun en önemli nedenlerinden biri olarak ileri sürülmektedir. Yaşlı erkek olma, yalnız yaşama, yakın

dönemde kayıp, depresyon ve alkol kullanımı yaşlıda intihar riskinin değerlendirilmesi açısından önemli ip uçlarıdır. Ayrıca kronik fiziksel hastalık varlığı özellikle şiddetli ağrı intihar riskinin değerlendirilmesinde gözden kaçırılmaması gereken unsurlardır (Thomas 1992, Burvill 1994, Conwell 1995).

Depresyonun distimi gibi kronik seyirli tipine de yaşlılıkta sık rastlanmaktadır. Uzun süreli, yavaş seyreden, çok şiddetli belirtilerin olmadığı depresif tablo çoğu kez yaşlanmanın doğal bir parçası gibi görülerek yanlış değerlendirilmektedir.

ETİYOLOJİ

Risk Faktörleri

Yaşlılar depresyonun ortaya çıkışı açısından pek çok risk faktörü ile karşı karşıyadır. Sosyal ilişkilerde azalma, yalnızlık, yas, maddi kazançta azalma, fiziksel hastalıklar, öz güven eksikliği, cinsel kapasitede kayıp, nöron ve nörotransmitter kaybı yaşlılık dönemi depresyonu için önemli risk faktörleridir.

Fiziksel hastalıklar:

Fiziksel hastalık varlığı hem doğrudan hem de dolaylı olarak depresif bozukluk nedenidir. Yeni bir hastalığın teşhisi sıklıkla depresif bir atağı başlatabilir. Kronik hastalıklar ise kronik ağrının eşlik etmesi, başkalarına bağımlı hale getirme, günlük yaşam kısıtlılıklarına neden olma, yaşam kalitesini düşürme gibi özelliklerinden dolayı depresyon etkenidir. Klinik deneyimler fiziksel hastalığın ciddiyeti veya yaşamı tehdit ediciliğinden ziyade yarattığı kayıpların depresif duygudurum ile daha ilintili olduğunu göstermektedir. Fiziksel hastalıklar genellikle fiziksel bağımsızlık ve kendine yeterlilikte kayıba neden olmaktadır. Ayrıca hastalarda hastalığının artacağı ve düşkün olacağı korkusu da söz konusudur. Yaşlılarda uykusuzluk ve kronik ağrı da sıklıkla depresyonu tetikler. Daha az görülmekle birlikte kulak çınlamasının da yaşlıda depresif epizodlar üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir (Williamson 1992, Magni 1996, Pollock 2000).

Yaşlıda fiziksel sağlık ile depresif mizaç arasındaki ilişki iki yönlüdür. Her ikisinde varlığı diğerinin prognozunu kötü etkiler. Depresif, fiziksel hastalıklı yaşlılarda mortalitenin depresif olmayan-

lara göre daha yüksek olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir (Thomas 1992, Magni 1996).

İnme, Parkinson hastalığı, Tiroid hastalıkları, Cushing hastalığı, Huntington hastalığı, kanserler, nörodejeneratif hastalıklar gibi bazı fiziksel hastalıklar doğrudan depresyona da neden olabilirler. İnme sonrası genel olarak %20-24 oranında depresyon görüldüğü bildirilmektedir. Yine inmede lezyon büyüklüğü ve fonksiyonel kayıp arttıkça depresif semptom sıklığı da artmaktadır (Kim 2000). Akciğer ve bazı beyin kanserlerinde ilk klinik görünümü depresif belirtilerin oluşturabildiği gösterilmiştir (Spiegel 1996).

Beslenme bozuklukları da özellikle B₁₂ hipovitaminozu yaşlı depresyonu için bir risk faktörüdür.

İlaç kullanımı:

Yaşlılarda en yaygın sağlık sorunu kaynaklarından biri de polifarmasidir. Pek çok ilaç yan etki olarak mizacı etkiler. Polifarmasi ile birlikte yan etkilerde, ilaç etkileşiminde ve tedavi uyumsuzluğunda da artma söz konusudur. Bunlar da bir yandan mizacı olumsuz etkileyen faktörlerdendir. Ancak genellikle birçok tıbbi durumun bir arada bulunduğu yaşlılarda polifarmasiyi engellemek de her zaman mümkün değildir. Temel prensip olarak mümkün olan en az çeşitlilikte ilaç, mümkün olan en düşük dozlarda uygulanmalıdır. Yaşlılarda sık kullanılan ve depresyona neden olduğu bildirilen ilaçlar Tablo 1'de verilmiştir.

Nörobiyolojik faktörler:

Yaşlı depresyonunda yaşanan beynin depresyona yatkınlığının da arttığı üzerinde durulmaktadır. Görüntüleme çalışmalarında demanslı yaşlılarda da, depresyonlu yaşlılarda da kortikal doku yoğunluğunda azalma gösterilmiştir. Kortikal fonksiyonel kapasitede azalma hem depresif epizod boyunca bilişsel yetersizliği arttırmakta hem de iyileşme sürecini geciktirebilmektedir. Nörotransmitter aktivitesinin yaşa bağlı olarak azaldığına dair bulgular mevcuttur (Janzing 2000). Özellikle serotonerjik aktivitenin yaşla belirgin derecede azaldığı, 80 yaşında 60 yaşındakinin yarı düzeyine düştüğü bildirilmiştir. Nöroendokrinolojik regülasyonun yaşlılarda bozulduğu bunun da depresyon etiyolojisinde rol oynayabileceği, genetik etkenlerin ise bu yaş grubundaki depresyonda pek de gösterilemediği ileri sürülmektedir.

Tablo 1. Depresyona sıklıkla neden olduğu bilinen ilaçlar

Digoksin	Reserpin
L-dopa	İndometazin
Steroidler	Fenobarbitol
Beta blokerler	Uzun süreli benzodiazepin kullanımı
Bazı antihipertansifler	Uzun süreli nöroleptik kullanımı
Klonidin	Bazı antineoplastik ajanlar
Simetidin	

Psikososyal faktörler:

Yaşlılık döneminde başlayan depresyonda kişilik örüntüsünün gençlere göre daha önemli bir rol oynadığı, nörotik örüntünün ve anksiyete belirtilerinin sıklıkla ön planda olduğunu ileri süren araştırmacılar vardır. Yaşlılarda depresyon için yatkınlık yarattığı konusunda fikir birliğine varılmış sosyal faktörler belirlenememiştir. En çok kabul gören faktörün erkeklerde bağımsızlığın ve mahremiyetin yitirilişi olduğu ileri sürülmektedir. Dul olma, boşanma depresyon için bir risk faktörü iken evlilik özellikle erkekler açısından koruyucudur (Wilson 1999a).

Başka bir yaşlıya (örneğin eşine, kardeşine) bakıcılık yapmak da yaşlılarda depresyon riskini arttırır. Alzheimer hastası olan eşlerine bakmak zorunda kalan yaşlılarda depresyon sıklığının %50 ye kadar varan rakamlarda arttığı bildirilmektedir. Yaşlı bakıcılarda, baktıkları kişi davranış problemleri olan ajite biri ise depresyon daha sık görülmektedir. Ancak bakıcılık uzun dönemde tükenmişliğe yol açmakla birlikte her olguda depresyon demek olmadığı da bilinmelidir. Çünkü bir açıdan bakıcılık özellikle sevilen birisine bakmak iyi bir yaşam desteği sayılır.

Depresif yaşlılara, hastalıkları boyunca pek çok yaşam olayının eşlik ettiği görülmüştür. Eşin beklenmedik ölümü önemli bir risk iken, kronik hastalıklardan sonra ortaya çıkan ölümlerde aynı riskin söz konusu olmadığını söyleyen araştırmacılar vardır. Kayıpları takip eden yas haftaları depresyon açısından önemli risk taşıyan dönemlerdir. Yine ölümlerin ardından yıldönümlerinde de benzer travmatik etkinin olabileceği bildirilmektedir.

Yaşlılık çağına bir başka açıdan bakılınca bu dönemde ortaya çıkan depresyonlarla başa çıkma da bütün bir yaşam boyu elde edilen tecrübenin yardımcı olacağı da söylenmektedir.

YAŞLI DEPRESYONUNUN KLİNİĞİ

Yaşlılığın doğal seyri, eşlik eden fiziksel hastalıkların sıklığı, bilişsel problemlerin varlığı gibi nedenlerden dolayı yaşlılarda depresyon tanısının konması biraz daha dikkat ve tecrübe gerektirir. Yaşlı depresyonunun klinik özelliği genellikle somatik yakınmaların ve anksiyete bulgularının ön planda gelmesidir. Enerji kaybı, hoşnutsuzluk, ilgi kaybı, uykusuzluk, ağrı yakınmaları genellikle ilk sıralarda yer alan yakınmalardır. Yaşlıda enerji kaybının depresif bir semptom olarak tanımlanabilmesi, fiziksel hastalıkların ve fiziksel yeti yitiminin varlığı nedeniyle güç olabilir. Hoşnutsuzluk, hayatın eskisi gibi zevk alamama ise daha kolay ayırt edilebilecek yakınmalardır. Akrabalarla, çocuklarla, torunlarla eskisi gibi ilgilenmeme, birliktelikten zevk almama depresif semptom olarak en rahatlıkla değerlendirilebilecek bulgulardır.

Uykusuzluk yaşlılarda en önde gelen yakınmalardan birisidir (Dönmez 2000). Birçok nedeni olabilir. Depresif bir semptom olarak ayırt edilebilmesi güç olabilir. Sabah çok erken uyanma, depresif düşüncelerin eşlik etmesi ayırt etmeye yardımcı olabilir.

Fiziksel yakınmalar somatik depresif bir semptom olarak değerlendirilirken bunların, tanısı henüz konmamış fiziksel bir hastalığa, habis bir tümöre ait olup olmadığı da özenle gözden geçirilmelidir. Yaşlılık çağında komorbidite yaygındır.

Yaşlının muayenesinde bilişsel değerlendirme/ölçüm atlanmaması gereken bir husustur. Şahsi bakımına ilgisizlik, iştahsızlık depresif bir tablonun parçası olabileceği gibi demansın da habercisi olabilir. Bilişsel yetersizlik depresyondan da kaynaklanabilir. Bilişsel yetersizliğin tabloya eşlik etmesi hem bilişsel alanın ayrıntılı değerlendirilmesinin gerektiğini, altta yatan veya eşlik eden demans tanısının sorgulanmasını hem de depresyonun tedavisi sürecinde bilişsel fonksiyonların da rehabilitasyonuna önem verilmesi gerektiğini hatırlatmalıdır (Gottfries 1992, Pollock 2000).

Psikotik semptomlar, suçluluk hezeyanları, somatik hezeyanlar, hipokondriyak yakınmalar da depresif duruma eşlik edebilir. Psikotik özelliklerin eşlik ettiği depresif tablolarda prognoz daha kötüdür. İntihar riski daha yüksektir. Psikotik elementler hem hastanın hem de bakıcısının yaşam kalitesini daha çok bozar. Depresyonda işitsel

halüsinasyonlar da tabloya eşlik edebilir. Buna karşın görsel halüsinasyonların varlığı başka tanıları düşündürmelidir.

Yaşlıda depresyon özellikle yaş ilerledikçe distimiye benzer şekilde yavaş seyirli olabilir. Bunun dışında ajitasyon ve anksiyetenin eşlik ettiği depresif tablolar siktir. Aşırı huzursuzluk, yerinde duramama, sürekli ellerini ovuşturma ajite depresyonu düşündürmelidir. Anksiyetenin fiziksel ve psişik semptomları depresyona eşlik edebilir. Özellikle yaygın anksiyete ve fobik durumlar çok daha sık birliktelik gösterirler. Anksiyetenin fiziksel belirtileri yanlış olarak fiziksel bir hastalık olarak algılanabilir. Bazen hastanın yaygın anksiyetesinin, ajite davranışlarının fiziksel olarak tükenmesine hatta dehidratasyona yol açtığı bile görülebilir. Somatik yakınmaların ön planda olması bazen yaşlıda depresyonun doğal görünümünü engeller. Fiziksel yakınmalarda beklenmedik artış, sosyal stresle ilişkilendirilebilecek fiziksel değişiklikler, mantık dışı fiziksel yakınmaların birlikteliği yaşlıda depresyonu düşündürmelidir. Ayrıca depresyonun mevcut fiziksel hastalığın belirtilerini şiddetlendirebileceğini de unutmamak gerekir.

Yaşlılık döneminde depresyon ele alınınca "Psödodemans" terimi de açıklanmalıdır. Psödodemans terimi en yaygın haliyle bellek bozukluğunun eşlik ettiği depresif hastaları tanımlamak için kullanılmaktadır. İsteksizlik, yorgunluk, unutkanlık, eskiye göre ilgi kaybı yakınmaları hem depresif bir tablonun, hem demansın hem de demansın başlangıç evresinde görülen depresyonun elementleri olabilir. Depresyon ve demansın ayırıcı tanısı geriyatrik psikiyatride en önemli klinik ödevlerden birisidir. Hastaların değerlendirmesinde demanslı hastaların aksine psödodemanslı hastaların bilişsel değerlendirmeye karşı daha isteksiz olduğu, yine psödodemansda bellek bozukluğunun başlangıç tarihinin demansa göre daha net bir biçimde belirlenebildiği söylenmektedir (Janzing 2000).

Demansda bellek bozukluğu yanında ikinci bir semptom olarak depresyon oldukça sık görülür. Depresyon demansın erken evrelerinde muhtemelen içgörüsü ile ilişkilidir. Hastanın, ilerleyici yıkımın, bozulmanın farkında olması ile ilişkilendirilir. Depresyon demansın ileri evrelerinde de görülebilir. Nörotransmitter fonksiyonlarında bozulma ile ilgilidir.

YAŞLIDA DEPRESYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yaşlıda depresyonun erken tanısı, tedavi süreci ve başarılı bir sonuçlandırma açısından önemlidir. Hastanın anamnezinde aile öyküsü (ailede depresyon, demans, ileri yaşlarda görülen hastalıklar, yaşam süresi), geçmiş psikiyatrik tanılar ve tedavileri, kişilik örüntüsü, sosyal işlevselliği, mevcut fiziksel hastalıklar ve kullandığı ilaçlar, şimdiki semptomların gelişimi ve suisid riski dikkatlice sorgulanmalıdır. Depresif semptomlar yaşlılarda sıklıkla fiziksel bir hastalığa eşlik edebileceğinden fizik muayene ihmal edilmemelidir. Yaşlıda depresyon fiziksel bir hastalığın semptomu olabilir. Yine fizik muayene, hastanın genel beden değerlendirmesi ve tedavi sürecinde uygulanabilecek ek tedavilerin belirlenmesi açısından önemlidir. Hasta dehidrate, hipovitaminoz, infeksiyöz, hipertansiyonlu vb. olabilir. Yaşlıda depresyonun başarılı tedavisi için bütün bunların bir arada değerlendirilmesi gerekir.

Yaşlı depresyonunun ölçülmesinde en önemli husus depresyona ait somatik yakınmalarla eşlik eden fiziksel hastalık belirtilerinin ayırt edilerek değerlendirilebilmesidir. Ayrıca böyle bir ölçekten beklenen bilişsel kayıplardan en az etkilenebilir olmasıdır. Yaşlı depresyonunun ölçülmesinde en yaygın olarak Yesavage'nin Geriatrik Depresyon Ölçeği kullanılmaktadır. 30 maddeden oluşan bir ölçektir, 20 ve 15 maddelik kısa formları da vardır. 30 maddelik ölçeğin Türkçe çevirisi ve geçerlilik güvenilirlik çalışması Sağduyu (1997) tarafından yapılmıştır, kesme noktasının 13-14 puanlar arasından geçtiği belirtilmektedir.

Geriatrik psikiyatride yaşlının bilişsel fonksiyonlarının özenle ele alınması mümkünse standartlaştırılmış bir ölçekle değerlendirilmesi önerilmektedir. Yaşlılarda bilişsel fonksiyonların muayenesinde halen en yaygın olarak Folstein'in Mini Mental Muayene Ölçeği kullanılmaktadır. Yaşlılarda depresyon demansın erken dönemlerinde sık görülür, ayrıca dikkat ve bellek bozuklukları da depresif semptomlara yol açabilir. Bu durum yaşlının muayenesinde bilişsel fonksiyonların özenli değerlendirmesini gerekli kılmaktadır. Bilişsel fonksiyonlar tedavi sürecini izleme açısından hem tedavi öncesi hem de tedavi sonrası değerlendirilmelidir. Depresyonu primer olan hastalarda tedavi sürecinde bilişsel fonksiyonlarda iyileşme görülecektir (Gottfries 1992).

Depresif durumlar, yaşlının özbakımında azalma, besleme düzensizlikleri hatta yemeyi red ile birlikte gidebilir, bunlar hastada metabolik değişikliklere, dehidratasyona, sinsi seyreden infeksiyonlara yol açabilir. Bu açıdan yaşlının fizik muayenesi yanısıra bazı laboratuvar değerlerindeki gözden geçirilmesi faydalı olacaktır. Kan sayımı, sedimentasyon, elektrolitler, üre, karaciğer fonksiyonları, B₁₂ vitamini, folat düzeyleri, tiroid fonksiyonları, RİE grafi, EKG, gerekiyorsa BBT tanısı ve tedavi ile eşlik edebilecek başka hastalıkların belirlenmesi açısından en sık önerilenler arasında yer almaktadır (Stewart 1991).

PROGNOZ

Yaşlıda depresyon mortaliteyi arttıran bir nedendir. Ancak ölüm nedeni doğrudan depresyonla ilişkilendirilemez. Muhtemelen eşlik eden fiziksel hastalıkların kötü gidişinin sonucu olarak kabul edilmektedir. Araştırmalar, depresyonun eşlik ettiği fiziksel hastalıklarda prognozun daha kötü olduğunu göstermektedir (Williamson 1992). Yaşlı depresyonunda prognozun hangi kriterlere göre iyi ya da kötü olarak adlandırılacağı da tartışmalıdır. Yaşlı serilerinde depresyon tedavisi sonrası bir yıllık dönemde iyileşme oranı %60'lar düzeyindeki rakamlarda bildirilmektedir (Burvill 1994). Yaşlılarda depresyon sonrası iyi prognoz tanımı için yalnızca semptomların tam olarak kaybolması ve atağın hiç tekrarlamamasının değil tedavi edilebilir kısa relapsların da iyi prognoz tanımı içerisine alınmasının daha uygun olacağı da ileri sürülmektedir (Kivela 2000).

Kötü prognoz mevcut hastalığın ciddiyeti ile ilişkili olmakla birlikte semptom örüntüsü ile doğrudan ilintili değildir. Kötü prognoz daha ziyade depresyonun başlangıcındaki şartlarla ilişkili olabilir. Yaşlılar için kronik zorlanmaya yol açan, sosyal yaşantıyı bozan, ilerleyici fiziksel hastalık varlığı depresyon açısından da kötü prognoza işaret eder (Kivela 2000).

TEDAVİ

Depresyonun tedavisi bu dizide başka yazarlar tarafından ele alınacaktır. Burada ayrıntıya girilmeden depresyon tedavisinin yaşlılık dönemine özgü ana hatları belirtilecektir.

Yaşlı depresyonu psikofarmakoterapiye iyi yanıt verir. Klasik trisiklik antidepressanların, selektif serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSRI) yaşlı

depresyonunun tedavisinde etkin olduğu bilinmektedir. Yaşlılarda ilaç tedavisinde çok dikkatle ele alınması gereken unsurlar yan etkilerin tolere edilebilmesi, emniyet ve ilaç etkileşimidir. Yaşlıda ilaçların yarı ömrünün uzadığı ve sıklıkla başka hastalıklar için de birçok ilaç kullanmakta oldukları unutulmamalıdır. Daha hafif yan etkilere neden olmaları ve göreceli olarak emniyetleri bakımından yaşlılarda SSRI'lar trisikliklere göre daha kolay kullanılabilir ilaçlardır. Genel olarak daha düşük doz ve dozun daha yavaş artırılması önerilmektedir (Van Harten 1993, Wilson 1999b).

Elektrokonvulsif tedavi yaşlı depresyonunda güvenli ve etkili bir uygulamadır. Anestezisiz uygulamada bu yaş grubunda kemik kırıkları önemli bir komplikasyon olasılığıdır. Anestezili uygulamalarda ise anesteziyeye bağlı komplikasyonlar, genel olarak uygulama sonrası kalıcı bellek kusurları önem taşır. Bellek kusurlarını azaltmak için unilaterale ve haftada bir kezlik uygulamalar önerilmektedir (Kelly 2000).

Yaşlılarda ilaç tedavisi ile birlikte bireysel veya grup psikoterapilerinin tedavi etkinliği için önemli olduğu vurgulanmaktadır. Psikodinamik ya da bilişsel davranışçı yaklaşımın eşdeğer olduğu ileri sürülmektedir. Bazı yazarlar terapötik süreçte yaşamın pozitif bir bakış açısıyla yeniden değerlendirilmesinin önemi üzerinde durmaktadırlar. Yaşlı depresyonuna sıklıkla anksiyete eşlik eder. Bu yüzden tedavide relaksasyon egzersizlerinden de faydalanılmalıdır. Günlük aktivitelerini yerine getirmede destek olunması, hareketliliğin artırılması, fiziksel egzersizler yardımcı yöntemler olarak önerilebilir (Oslin 2000).

Yaşlılık çağında ruhsal ve fiziksel hastalıkların sıklıkla birlikteliği, bu dönemin taşıdığı sosyal zorluklar, yaşlının fiziksel kapasite kayıpları birçok sorun alanında olduğu gibi depresyonun tanı ve tedavi sürecinde de multidisipliner yaklaşımı gerekli kılmaktadır.

KAYNAKLAR

- Ballard CG, Bannister C, Oyebode F (1996) Review: Depression in dementia sufferers. *Int J Geriatr Psychiatry*, 11:5007-5015.
- Burvill P (1994) The outcome of depressive illness in old age. *Functional Psychiatric Disorders of the Elderly*, C Edmond, A David (Ed), Cambridge, Cambridge University Press, s. 111-125.
- Conwell Y, Brent D (1995) Suicide and aging I: patterns of psychiatric diagnosis. *Int Psychogeriatr*, 7(2):149-164.
- Dönmez E, Özmenler KN, Sirgil S ve ark. (2000) Geriyatrik psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve başvuru yakınmaları. 9. Anadolu Psikiyatri Günleri Özet Kitabı, Edirne, Trakya Üniversitesi, s. 127.
- Evans S, Katona CLE (1993) Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia*, 4:327-333.
- Gottfries CG, Karlsson I, Nyth A (1992) Treatment of depression in elderly patients with and without dementia disorders. *Int Clin Psychopharmacol*, 6 (Suppl 5):55-64.
- Janzing J, Teunisse R, Bouwens P ve ark. (2000) The course of depression in elderly subjects with and without dementia. *J Affect Disord*, 57(1-3):49-54.
- Judd LL, Akiskal HS, Zeller PJ ve ark. (2000) Psychosocial disability during the long-term course of unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 57(4):375-380.
- Kelly KG, Zisselman M (2000) Update on electroconvulsive therapy (ECT) in older adults. *J Am Geriatr Soc*, 48(5):560-566.
- Kim JS, Choi-Kwon S (2000) Poststroke depression and emotional incontinence correlation with lesion location. *Neurology*, 54(9):1805-1810.
- Kivela SL, Viramo P, Pakkala K (2000) Factors predicting the relapse of depression in old age. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15(2):112-119.
- Livingston G, Hawkins A, Graham N ve ark. (1990) The Gospel Oak study: Prevalence rates of dementia, depression and activity limitation among elderly residents in inner London. *Psychol Med*, 20:137-146.
- Magni E, Frisoni GB, Rozzini R ve ark. (1996) Depression and somatic symptoms in the elderly: the role of cognitive function. *Int J Geriatr Psychiatry*, 11:517-522.
- NIH Consensus Conference (1992) Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA*, 268:1018-1024.
- Oslin DW, Streim J, Katz IR ve ark. (2000) Change in disability follows inpatient treatment for late-life depression. *J Am Geriatr Soc*, 48(4):357-362.
- Özmenler KN, İrgil S, Zincir N ve ark. (1998) The relationship between social factors, and cognitive impairment and depressive symptoms severity in the elderly. *International Psychogeriatric Association and Turkish Society of Psychogeriatrics, A Joint Meeting, Book of Abstracts, Istanbul, Turkey*, s. 37.
- Pollock B (2000) Clinical update: How to recognize and treat depression in older patients. *Geriatrics*, 55(1):67-68,71-74,79.
- Sağduyu A (1997) Yaşlılar için depresyon ölçeği: Hamilton depresyon ölçeği ile karşılaştırmalı güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(1):3-9.
- Snowdon J (1994) The epidemiology of affective disorders in old age. *Functional Psychiatric Disorders of the Elderly*, C Edmond, A David (Ed), Cambridge, Cambridge University Press, s. 95-107.

Spiegel D (1996) Cancer and depression. *Br J Psychiatry*, 30(Suppl):109-116.

Steffens DC, Skoog I, Norton MC ve ark. (2000) Prevalence of depression and its treatment in elderly population: The Cache County Study. *Arch Gen Psychiatry*, 57(6):601-607.

Stewart JT (1991) Diagnosing and treating depression in the hospitalized elderly. *Geriatrics*, 46:64-72.

Thomas C, Keman HR, Kennedy GJ (1992) Depressive symptoms and mortality in elderly persons. *J Gerontol*, 47:80-87.

Van Harten J (1993) Clinical pharmacokinetics of selective serotonin reuptake inhibitors. *Clin Pharmacokinet*, 24:203-220.

Williamson GM, Schulz R (1992) Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients. *Psychol Aging*, 7:343-351.

Wilson KC, Chen R, Taylor S ve ark. (1999a) Socio-economic deprivation and the prevalence and prediction of depression in older community residents. *Br J Psychiatry*, 175:549-553.

Wilson KC, Copeland JR, Taylor S ve ark. (1999b) Natural history of pharmacotherapy of older depressed community residents. *Br J Psychiatry*, 175:39-43.