

# Paradoksal Disfaji Ardındaki Geriyatrik Depresyon: Bir Olgu

## *Geriatric Depression with the Complaint of Paradoxal Dysphagia: A Case Report*

Demet Güleç Öyekçin<sup>1</sup>, Pınar Çetinay Aydın<sup>2</sup>, Yıldız Değirmenci<sup>3</sup>, Deniz Kutluay<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Yrd.Doç.Dr., <sup>4</sup>Dr., Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, <sup>2</sup>Uz.Dr., Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, <sup>3</sup>Yrd.Doç.Dr., Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı, Düzce

### ÖZET

Yaşlılığa özgü fiziksel ve ruhsal bozukluklar yaygındır. Yaşlılarda depresif belirtiler yüksek oranda saptanırken, majör depresif bozukluğun yaygınlığı %1-5 oranında değişmektedir. Geriyatrik hasta grubunda bedensel belirtiler sıklıkla ve altta yatan psikiyatrik bozukluğun öncülü belirtisi olabilirler. Bu türden yakınmalar, ruhsal hastalıkların tanınmasını geciktirebilir veya majör depresif bozuklukta görülen belirtilerle karışabilir. Bu olgu sunumunda paradoksal disfaji şikayeti ile hastaneye başvuran 76 yaşındaki erkek hastanın, hastalık sürecinin, ayırıcı tanısının ve tedavi sürecinin tartışılması amaçlanmıştır. Katı gıdaları yutabilen ancak sıvı gıdaları yutamayan hastanın fizik muayenesi, nörolojik muayenesi ve kulak burun boğaz muayenesi yapılmış, psikiyatrik değerlendirme sonucunda psikotik özellikli majör depresif bozukluk tanısı saptanmıştır. İntihar düşüncelerinin ve beslenme bozukluğunun olması nedeniyle yatarak tedavi edilmesine karar verilen hastaya antidepressan ve anti-psikotik tedavi verilmiş ve hasta remisyona girdikten sonra taburcu edilmiştir. Disfaji yakınmasının başlamasından çok daha önce depresif belirtilerin ortaya çıktığı öğrenilen hasta, hastaneye disfaji geliştikten sonra başvurmuştur. Bu olguda, atipik bir bedensel belirti olan disfajinin mortalite ve morbidite riski yüksek geriyatrik depresyona bağlı olduğu belirlenmiştir. Yaşlılarda atipik bedensel belirtilerin dikkate alınması ve araştırılması önemlidir çünkü bu yaş grubunda atipik bedensel belirtiler geriyatrik depresyonun öncülü belirtisi olabilir. Konuyla ilgili farkındalığın artması erken tanı ve tedavi şansını artıracaktır.

**Anahtar Sözcükler:** Geriyatri, depresyon, disfaji.

(*Klinik Psikiyatri* 2012;15:181-186)

### SUMMARY

Physical and mental disorders are common in elderly. While depressive symptoms are prevalent in the elderly, the diagnosis of major depressive disorder is 1-5% at this age group. Physical symptoms are also common in geriatric patients. Somatic complaints may be the leading symptoms of an underlying psychiatric disorder or they may delay the recognition of a mental disorder. In this case report, the course, differential diagnosis and the treatment of a 76 year old male patient who admitted to the hospital with a complaint of paradoxal dysphagia is discussed. The patient was unable to swallow liquids not solids. After the physical, oropharyngolaryngeal, neurological and psychiatric examination, the patient was diagnosed as major depressive disorder with psychotic features and then was hospitalized because of suicidal thoughts and nutritional problems. Antidepressant and antipsychotic treatment was performed and the patient was discharged in remission. We found out that depressive symptoms were present before the dysphagia, but the patient admitted to the hospital after dysphagia symptom emerged. In this case report we recognized that the atypical physical symptom had appeared as a result of geriatric depression; the latter being known to have high risk of mortality and morbidity in elderly. Atypical somatic symptoms in the elderly should be taken into account and investigated carefully as they may present as a pioneer sign of geriatric depression and may provide early diagnosis of the disorder.

**Key Words:** Geriatrics, depression, dysphagia.

## GİRİŞ

Dünyada yaşlı nüfusun artması ile birlikte, yaşlılığa özgü sağlık sorunları ve beraberinde görülen ruhsal bozuklukların sıklığı artmaktadır (Park ve Unützer 2011). Altmışbeş yaş üstü bireylerde major depresif bozukluk sıklığı %1-5 oranında değişir, depresif belirtilerin sıklığı ise %15-28 gibi daha yüksek oranlardadır (Fiske ve ark. 2009, Glaesmer ve ark. 2011). Geriyatrik hastalarda diabetes mellitus, hipertansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, malignansi gibi bedensel hastalıklar sık görülmektedir ve hastaların yakınmaları major depresif bozuklukta görülen bedensel belirtilerle karışabilir (Evans ve ark. 2005).

Bu hastalarda sık rastlanan bedensel yakınmalar, altta yatan psikiyatrik bozukluğun öncü belirtisi olabilmekte ve ruhsal hastalıkların tanınmasını geciktirebilir. Yaşlılarda ortaya çıkan depresif bozuklukların farklı özellikleri vardır. Bu grup hastalarda özkıym riski yüksek, uyku ve iştah bozukluğu gibi psikofizyolojik işlev değişiklikleri daha fazla görülür. Bu hasta grubunda özellikle ağrı ve bedensel yakınmalar sıklıkla klinik duruma eşlik eder (Fiske ve ark. 2009, Blazer 2003).

Disfaji; yaşlı hastalarda sık görülen bir fiziksel belirtidir. Disfaji prevalansı birinci basamakta %22.6 olarak görülür ve hastalar genellikle bu şikayetlerini sorulduğunda belirtirler (Wilkins ve ark. 2007). Araştırmalarda geriyatrik hasta grubunda depresyonun bağımsız bir etmen olarak disfaji belirtileri ile güçlü bir ilişkisinin olduğu belirtilmektedir (Holland ve ark. 2011). Hastaların %23.4'ü disfajiyi bir yaşlanma belirtisi olarak değerlendirirken, %37.4'ü bu belirtinin yaşlanmayla ilgili olmadığını düşünmektedir (Chen ve ark. 2009).

Disfaji; yutmanın etkilendiği aşamaya göre (oral, farenjiyal ve özefajiyal faz) sınıflandırılır. Oral veya farenjiyal disfaji birçok nedene bağlı çıkabilir. Disfaji nedenleri arasında nörolojik bozukluklar, (serebral enfarkt, intrakranyel hemoraji, parkinson hastalığı, multiple skleroz, myastenia gravis, demans), ösefagusun yapısal lezyonları (divertikül, konjenital darlık, bağı dokusu hastalıkları), polimiyozit, musküler distrofi, iyatrojenik nedenler (radyasyon fibrozisi, cerrahi rezeksiyon) ve psiki-

yatrik bozukluklar yer almaktadır (Palmer ve ark. 2000).

Disfaji, yaşlılarda morbidite ve mortaliteye neden olabilir. Özellikle akut strok sonrası gelişen orafarenjiyal disfajide aspirasyona bağlı pnömoni gelişebilmektedir (Terré ve Mearin 2006).

Bu nedenle yaşlılarda sıklıkla görülebilen disfajinin nedenleri, ayırıcı tanısının nasıl yapılacağı ve psikiyatrik bozukluklarla olan ilişkisinin bilinmesi önemlidir.

Bu olgu sunumunda disfaji yakınmasıyla ilk olarak dahiliye polikliniğine başvuran ve daha sonra psikiyatri konsültasyonu istenen bir olgunun ayırıcı tanısı, tanısı ve tedavi süreci sunulacaktır.

## OLGU

76 yaşındaki erkek hasta, sıvı gıdaları yutamama şikayetiyle genel dahiliye polikliniğine başvurmuş, hastanın yapılan fizik muayenesi sonucunda dahili bir patolojinin olmadığı saptanmış ve yutma gücünün neeniyle kulak burun boğaz (KBB) polikliniğine yönlendirilmişti. Yapılan KBB muayenesi sonucunda orafarenjiyal bir patoloji olmadığı belirtilerek hasta tekrar dahiliye bölümü tarafından 'hastanın durgun ve üzgün olduğunun gözlenmesi' nedeniyle psikiyatri konsültasyonu istendi.

Psikiyatri polikliniğinde değerlendirilen hastanın anamnezi birlikte başvurdukları kızı ve oğlundan alındı. Hastanın oğlu, babasının son 1 yıldır eskiye göre durgunlaştığını ifade etti. Hasta, eşini beş yıl önce akciğer kanseri nedeniyle kaybetmiş ve eşinin kaybından sonra herhangi bir psikiyatriste başvurmamıştı. Köyde akrabaları ve çocuklarının yardımı ile o dönemi atlattığı, son beş yıldır köyde yalnız yaşadığı ve kendi günlük işlerini yapabildiği öğrenildi. Ancak son dönemlerde hastanın evde yemek yapamadığı, günlerini daha sık yatarak geçirdiği ve eskiye göre kendine daha az özen gösterdiği (daha seyrek banyo yapmak, hipertansiyon nedeniyle kullandığı ilaçlarını içmeyi unutmak gibi) ifade edildi.

Yakınları hastanın iştahsızlığına ek olarak, uykusuzluk, sıvı gıdaları yutamama ve burnundan geri çıkarma gibi davranışlarının gözlenmesi üzerine dahiliye polikliniğine getirmişti.

Hastanın genel görünümü çökkündü, yaşında gösteriyordu ve kendine bakımı azalmıştı. Göz teması

azalmış, alçak ses tonunda konuşuyor ve ilişki kurmaya isteksizdi. Duygulanım ve duygudurum depresifti. Düşünce akışı yavaşlamış, çağrışımları amacına uygundu. Düşünce içeriğinde yoğun suçluluk duyguları, özkıym fikirleri (ölsem de kurtulsam, yaşamak istemediği şeklinde) ve perseküsyon (komşularının kendisini öldüreceği, akrabalarının takip ettiği şeklinde) sanrıları vardı. Hastanın özkıym düşüncelerinin uzun bir süredir olduğu öğrenildi. Perseküsyon sanrıları ise son aylarda ortaya çıkmıştı. Psikofizyolojik işlev değişikliği olarak iştahta azalma, uykuya dalma ve uykuyu sürdürme güçlüğü saptandı.

Hastanın tanısı; yapılan ruhsal durum muayenesi sonucunda 'psikotik bulgulu major depresif bozukluk' olarak değerlendirildi. Hastanın yemek yemeyi reddetmesi ve intihar düşüncelerinin olması nedeniyle yatarak tedavi edilmesine karar verildi.

Hasta kliniğimize yatırıldı. Tam biyokimya (karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri, elektrolitler, hemogram, Vitamin B<sub>12</sub>, folat, tiroid fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki, elektrokardiyografi, akciğer grafisi tetkikleri yapıldı.

Yemek yememesi ve sıvı alımını reddetmesi nedeniyle genel tıbbi durumunun değerlendirilmesi için dahiliye konsültasyonu istendi. Kan üre düzeyinin 26 mg/dl (7-18 mg/dl) olarak saptanması ve oral alımın olmaması nedeniyle dahiliye tarafından total parenteral nutrisyon tedavisi (kabiwen 1500 cc/gün) ve izotonik 1000 cc/gün önerildi.

Hastanın fizik muayenesinde pretibial ödem 3+ olarak saptandı ve kardiyoloji konsültasyonu istendi. Ekokardiyografi yapılan hastada ejeksiyon fraksiyonu normal sınırlarda saptandı. Acil kardiyak patoloji düşünülmedi.

Hastanın yatışının 6. gününde ateşi 38.8 °C oldu ve enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu istendi. İdrar kültür, kan kültürü, tam idrar tetkiki yapıldı ve akciğer grafisi çekildi. Kan sedimantasyon düzeyi 42/h olarak saptandı. Kültürde üreme olmadı.

Disfajinin araştırılmasına yönelik nöroloji konsültasyonu istendi. Nörolojik muayenesi yapıldı. Farenjiyeal refleksi (GAG) pozitif, parkinsonizm bulgusu saptanmadı. Kranial manyetik rezonans görüntülemesi (MR) istendi. Kranial MR'da posterior fossa ve 4. ventrikül doğal, beyin sapı ve serebellar hemisferlerin sinyal intensite dağılımı olağan

olarak saptandı. Bilateral periventriküler derin ak maddede milimetrik boyutlu iskemik gliotik odak saptandı. Demans ayırıcı tanısı yapıldı. Eğitimsizler için mini mental test uygulandı (28/30). Hastanın bir puanlık kaybı beşer beşer geri saymada, diğer bir puanlık kaybı ise geri çağırmada (objelerden birini hatırlayamadı; masa) oldu. Demans tanısı dışlandı. Hastanın disfaji belirtisinin herhangi bir serebrovasküler hastalık, parkinsonizm, demans veya başka bir nörolojik hastalık kaynaklı olmadığı belirtildi.

Hastanın farmakoterapisi sertalin 50 mg/gün, olanzapin 2.5 mg/gün ve lorezapam 2.5 mg/gün olarak düzenlendi. Hastanın oral alımı (ilaç, yemek, sıvı) kabul etmemesi nedeniyle hasta yakınlarına bilgi verilerek üç gün süre ile olanzapin 10 mg/gün İM olarak uygulandı. Bir hafta süreyle günlük çıkardığı takibi yapılarak dahiliyenin önerdiği şekilde total parenteral nutrisyon ve sıvı tedavisi verildi.

Birinci haftanın sonunda hastanın klinik durumunda belirgin düzelme oldu. Yemek yemeye başladı ve sıvı gıdaları yutabildi. Ruhsal durum muayenesinde psikotik belirtilerde (referans sanrıları) ve özkıym düşüncelerinde iyileşme saptandı. Hastanın konuşma miktarı arttı ve göz teması kurmaya başladı. Depresif duygulanım, uykusuzluk ve iştahsızlık belirtileri düzeldi. Hastanın kullanmakta olduğu benzodiyazepin tedavisi azaltılarak kesildi. Sertalin 50 mg/gün ve olanzapin 5 mg/gün olarak tedavisi sürdürüldü.

Hastaya yatışında uygulanan Geriyatrik Depresyon Ölçek puanı 26 idi. Dördüncü haftanın sonunda tekrar uygulandı ve ölçek puanı 15 olarak değerlendirildi. Hasta yatışında klinik global izlem ölçeğine göre ileri derecede hasta olarak değerlendirildi. Taburcu edildiğinde remisyonda 'normal' olarak değerlendirildi. Hasta tedavinin 1. ayında tam düzelme ile taburcu edildi ve ayaktan poliklinik takibine alındı.

## TARTIŞMA

Bu olgu sunumunda dahiliye polikliniğine disfaji şikayeti ile başvuran bir hastanın tanı, ayırıcı tanı ve klinik izlem süreci sunulmuştur. Yapılan fizik muayene ve ruhsal durum muayenesi sonucunda disfaji şikayeti depresif bozukluğun bir belirtisi olarak değerlendirilmiştir. Yaşlılarda bedensel

hastalıklar ile depresyon belirtileri birçok durumda örtüşmektedir (Eker ve Ütücü 2009).

Yaşlılarda ciddi tıbbi sorunların olması, bilişsel işlevlerin bozulması, ağır depresyon, çoğul psiko-biyolojik belirtiler ve belirgin depresif duygudurum hastalarda depresyonun belirtileri ile fiziksel hastalığın belirtileri arasında ayırıcı tanı yapmayı zorlaştırır (Kulaksızoğlu 2012).

Hastanın hastaneye başvurma nedeni yutma güçlüğü idi. Alınan anamnezde hastanın depresif belirtilerinin aslında çok önceleri ortaya çıktığı öğrenildi. Hasta çökkün, konuşmaya isteksiz olarak değerlendirildiği için psikiyatriye yönlendirilmişti. Yutma güçlüğü şikayetinın ortaya çıkması hastaneye başvurmasına neden olmuştu. Ayırıcı tanıda öncelikle fiziksel hastalıklar araştırıldı.

Serebrovasküler hastalıklar, parkinsonizm ve nöromusküler bozukluklarda özellikle orafarenjial disfaji görülmektedir (Bucholz 1994). Hastaya yapılan nörolojik muayene ve yapılan tetkiklerle (kranial MR, Vitamin B<sub>12</sub> düzeyi, biyokimya tetkikleri, hormon tetkikleri) ayırıcı tanıda parkinsonizm, serebrovasküler ve nöromusküler hastalıklar dışlanmıştır.

Disfaji şikayeti ile başvuran hastada dikkat edilmesi gereken bir başka nokta yutma güçlüğünün olduğu anatomik bölgenin saptanmasıdır. Oral aspirasyon riski açısından hastanın yutma güçlüğünün farkında olup olmadığı belirlenir, disfajinin ne zaman başladığı, süresi, regürjitasyonun olup olmadığı, obstrüksiyonun algılandığı düzey, ağrının ve/veya ses kısıklığının olup olmadığı sorgulanır. Oral veya farenjial disfajide öksürük, çiğneme sırasında boğulma hissi, çiğnemeyi başlatmada zorluk, grıtlakta takılma hissi, salya akması, açıklanamayan kilo kaybı, yeme alışkanlıklarında değişiklik, tekrarlayan pnömoni, ses ve konuşmada değişiklik, nasal regürjitasyon gibi belirtiler, ösafajial disfajide ise katı gıdaları yutamama, göğüste yiyeceklerin takılma hissi, oral veya farenjial regürjitasyon belirtileri ortaya çıkabilir (Palmer ve ark. 2000). Yapısal bozukluklarda sadece katı gıdalarla disfaji ortaya çıkarken, motor bozukluklarda hem sıvı hem de katı gıdalarla disfaji olmaktadır (Cook 2008). Hastada sadece sıvı gıdaları yutamama, katı gıdaları çiğneyebilme ve katı gıdaları yutma sırasında bir şikayetinın olmaması, öksürük, çiğneme sırasında boğulma hissinin ortaya çıkmaması, çeki-

len akciğer grafisi, yapılan kulak burun boğaz muayenesi sonucunda disfajiye neden olabilecek gastrointestinal sistemin yapısal lezyonları, ösofagusun yapısal ve motor lezyonları ayırıcı tanıda dışlanmıştır. Hastada ortaya çıkan disfaji sadece sıvı gıdalarla ortaya çıkmaktadır, bu nedenle paradoksal disfaji olarak değerlendirilmiştir.

Bu durumda ayırıcı tanıda akla gelen bir başka bozukluk globus farinjeustur. Globus etiyojisi halen tam olarak bilinmemektedir ve multifaktöriyeldir. Globusta boğazda yumru, dolgunluk hissi olur, ancak gıda geçişi bozulmaz, boğazda yumru hissi sıklıkla yemekler arasında ortaya çıkar, ağrısızdır, çiğneme ile ilişkili değildir ve yemek yerken sıklıkla kaybolur. Birçok psikiyatrik bozuklukta, gastroösofajiyel reflüde, tiroid hastalıkları ve özefagus üst sfinkter anomalilerinde ortaya çıkabilir (Lee ve Kim 2012). Hastada sadece sıvı gıdaların geçişi bozulmuştur, yutma güçlüğü sıvı gıdalarla ortaya çıkmaktadır, hasta bunun dışındaki zamanlarda boğazda yumru hissi veya dolgunluk hissi bildirmemiştir. Açıklanan klinik veriler değerlendirildiğinde globus farinjeus tanısı dışlanmıştır.

Disfajiye birçok ilaç neden olabilir. Özellikle kserostomi (ağız kuruluğu) yapabilen antikolinerjikler, antihipertansif, antihistaminik, antipsikotik, antikonvülzan, antiparkinson ve diüretikler, kortikosteroid, teofilin, tetrasiklin ve kalsiyum kanal blokerleri ile disfaji ortaya çıkabilir (Spieker 2000). Hasta antihipertansif tedavi dışında başka bir ilaç (anjiotensin konvertin enzim inhibitörü) kullanmamaktadır. Bu olgu sunumunun yazıldığı tarihte yapılan pubmed aramasında antihipertansif kullanımı nedeniyle disfaji yan etkisi bildirilen bir olguya rastlanmamıştır. Hastanın yutma güçlüğünün duygudurum belirtileriyle eş zamanlı başlaması, kullandığı ilacın disfaji yan etkisine neden olmaması ayırıcı tanıda ilaç yan etkisini dışlamamızı sağlamıştır.

Hastada, gastrointestinal sistem hastalıkları, ilaç yan etkisi ve nörolojik hastalıklar ayırıcı tanıda dışlanmıştır.

Hastanın yapılan ruhsal durum muayenesinde intihar düşüncelerinin olduğu öğrenilmiştir ve öyküde uzun süredir yaşama istediğinin olmadığını belirtmiştir. İleri yaşta intihar major depresyona eşlik edebilir, aktif girişimler kadar pasif intihar girişimleri de örneğin yemek yemeyi reddetme, ilaçlarını

almayı unutmama şeklinde yaşamını riske atacak davranışlar şeklinde ortaya çıkabilir (Kulaksızoğlu 2012). Hastanın yemeyi reddetmesi, ilaçlarını içmeyi unutması pasif bir intihar girişimi olarak değerlendirilmiştir. Gerçekte yaşlılarda intihar oranı çok yüksektir ve erkeklerde bu oran 80 yaşına kadar sürekli bir artış gösterir. Yaşlılarda yoğun hipokondriak semptomların ve hezeyanların bulunması intihar olasılığını artırır. İntihar, geriyatrik depresyonda önemli bir mortalite nedenidir ve erken dönemde tanınması önemlidir (Eker ve Noyan 2004).

Yaşlılarda depresyonun ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir başka hastalık da demanstır. Ayırıcı tanı bilişsel bozukluğun olup olmadığı ile araştırılır. Nöroloji hekimi tarafından uygulanan mini mental test, nörolojik muayene, görüntüleme yöntemleri ile demans tanısı dışlanmıştır. Demans ve depresyon ayırımında klinik değerlendirme önemlidir. Depresyondaki bilişsel gerileme genellikle hızlıdır ve belirgin affektif semptomlar eşlik eder, özellikle psikotik özellikte depresyonlarda görülen hezeyanlar ile demansiyel süreçte ortaya çıkan düşünce bozukluklarının ayırımını yapmak gerekir. Depresyondaki hezeyanların duygudurumla uyumlu olması, demansta ise her tür düşünce bozukluğunun bulunması, daha baskın olarak da paranoid içerikli hezeyanların görülmesi ayırıcı tanıda yardımcıdır (Sivrioğlu ve Kırlı 2001).

Çalışmalarda yaşlı psikiyatrik hastaların %2-8'inin bazı paranoid semptomlar taşıdıkları belirtilmektedir. Yaşlılarda sanrısız bozukluklar birincil veya ikincil olarak ortaya çıkabilir. Sanrısız bozuklukta, klinik görünümde dirençli, bizar olmayan sanrılar olduğu, varsanılarının çok fazla görülmediği bir hastalık tablosu ortaya çıkar. Sanrılarının çok değişik formlarının olmasına karşın perseküsyon sanrıları çok yaygındır (Hocaoğlu 2001). Hastada görülen perseküsyon sanrılarının duygudurum belirtileri ile yakın zamanda ortaya çıkması, antipsikotik tedaviden kısa bir süre sonra kaybolması sanrısız bozukluğu dışlamamızı sağlamıştır.

Özetle, hastada başlayan disfaji şikayetleri depresif duygudurumla yakın zamanda ortaya çıkmıştır. Disfaji sadece sıvı gıdalarla ortaya çıkması, nazal regürjitasyonun eşlik etmesi klinik değerlendirme, yapılan tetkikler ayırıcı tanıda nörolojik ve gastrointestinal sistem hastalıklarını dışlamamızı sağlamıştır.

Bedensel belirtiler anksiyete ve depresyon için öngörücü bir etmen olabilir (Van Boven ve ark. 2011). Özellikle geriyatrik hasta grubunda anksiyete, ağrı artışı, somatik yakınmalar ve bilişsel işlevlerde bozulma major depresif bozukluğun tanınmasını zorlaştırır (Evans ve ark. 2005, Penninx ve ark. 1999). Bu hastada da disfaji şikayeti hastanın sağlık kurumuna başvurmasına neden olmuştur, öte yandan depresyon belirtileri hastaneye başvurmadan çok daha önce başlamıştır. Yaşlılarda ek tanıli durumların yönetimi ve psikososyal faktörlerin ele alınması tedavi yanıtını etkileyen etmenler arasındadır (Diniz ve ark. 2011). Uygun tanısal değerlendirme ve tedavi seçimi ile hastanın kliniğinde ilk haftadan sonra hızlı bir düzelme sağlanmıştır.

Sonuç olarak, yaşlı hastalarda depresyon farklı klinik görünümlemler ile karşımıza çıkabilir. Geriyatrik hastalarda tedavi edilmemiş depresyonun morbidite ve mortaliteyi arttırdığı bilinmektedir. Sinsice ortaya çıkan atipik belirtilerin gözlemlendiği durumlarda geriyatrik depresyonun akılda tutulması ve araştırılması gerekir. Geriyatrik depresyonu tanımak bu hastalarda sık görülen özkiyım riskinin kontrol altına alınmasını ve hastaların işlevselliklerini yeniden kazanmalarını sağlayacaktır. Yaşlılarda atipik somatik belirtilerin dikkate alınması ve dikkatli araştırılması olası bir geriyatrik depresif bozukluğun erken tanınmasını sağlayacaktır.

Yazışma adresi: Dr. Demet Güleç Öyekçin, Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Çanakkale, gulecdemet@yahoo.com

#### KAYNAKLAR

Blazer DG (2003) Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 58: 249-265.

Buchholz DW (1994) Neurogenic dysphagia: what is the cause when the cause is not obvious? *Dysphagia*, 9:245-255.

Chen PH, Golub JS, Hapner ER ve ark. (2009) Prevalence of perceived dysphagia and quality-of-life impairment in a geriatric population. *Dysphagia*, 24:1-6.

Cook IJ (2008) Diagnostic evaluation of Dysphagia. *Nat Clin Pract Gastroenterol Hepatol*, 5: 393-403.

- Diniz BS, Nunes PV, Machado-Vieira R ve ark. (2011) Current pharmacological approaches and perspectives in the treatment of geriatric mood disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 24:473-477.
- Eker E, Ütücü N (2009) Yaşlı Popülasyonda Fiziksel Hastalıklar ve Depresyon. *Akad Geriatri*, 1: 90-97.
- Eker E, Noyan A (2004) Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(Ek 2):75-83.
- Evans DL, Charney DS, Lewis L ve ark. (2005) Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*, 58: 175-189.
- Fiske A, Wetherell JL, Gatz M (2009) Depression in older adults. *Annu Rev Clinic Psychol*, 5: 363-389.
- Glaesmer H, Riedel Heller S, Braehler E ve ark. (2011) Age and gender specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *Int Psychogeriatr*, 23: 1294-1300.
- Hocaoğlu Ç (2001) İleri yaşlarda görülen psikotik bozukluklar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2:106-115.
- Holland G, Jayasekeran V, Pendleton N ve ark. (2011) Prevalence and symptom profiling of oropharyngeal dysphagia in a community dwelling of an elderly population: a self-reporting questionnaire survey. *Dis Esophagus*, 24: 476-480.
- Kulaksızoğlu IB (Erişim tarihi 06.09.2012) Yaşlılık ve Psikiyatrik Hastalıklar. *Klinik Gelişim*, 65-73, [http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg\\_22\\_4/11.pdf](http://www.klinikgelisim.org.tr/eskisayi/kg_22_4/11.pdf).
- Lee BE, Kim GH (2012) Globus pharyngeus: A review of its etiology, diagnosis and Treatment. *World J Gastroenterol*, 18: 2462-2471.
- Park M, Unützer J (2011) Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am*, 34:469-487.
- Palmer JB, Drennan JC, Baba M (2000) Evaluation and treatment of swallowing impairments. *Am Fam Physician*, 61:2453-2462.
- Penninx BW, Geerlings SW, Deeg DJ ve ark. (1999) Minor and major depression and the risk of death in older persons. *Arch Gen Psychiatry*, 56: 889-895.
- Sivrioğlu EY, Kırılı S (2001) Depresyon - Demans Ayırıcı Tanısı. *Demans Dergisi*, 1: 37-41.
- Spieker MR (2000) Evaluating dysphagia. *Am Fam Physician*, 62:3639-3648.
- Terré R, Mearin F (2006) Oropharyngeal dysphagia after the acute phase of stroke: predictors of aspiration. *Neurogastroenterol Motil*, 18:200-205.
- Van Boven K, Lucassen P, van Ravesteijn H ve ark. (2011) Do unexplained symptoms predict anxiety or depression? Ten-year data from a practice-based research network. *Br J Gen Pract*, 61:316-325.
- Wilkins T, Gillies RA, Thomas AM ve ark. (2007) The prevalence of dysphagia in primary care patients: a HamesNet Research Network study. *J Am Board Fam Med*, 20:144-150.