

# Yaşlıda Depresyon ve Tedavisi

Prof. Dr. Engin EKER\*, Dr. Ayşın NOYAN\*\*

Yaşlıda depresyonun prevalansı, psikopatolojisi, etiyolojisi ve patogenezi konusunda son yıllarda yoğun çalışmalar yapılmıştır. Çalışmalar devam etmektedir. Özellikle pratisyen hekimler ve psikiyatri asistanları için yaşlıda depresyonun tanısı ve başedilmesi konusunda uzlaşa (konsensüs) vardır. Bu uzlaşının önemli noktaları Tablo 1'de gösterilmiştir (Katona 1995).

## EPİDEMİYOLOJİ

Yaşamın ileri döneminde görülen depresyon epidemiyolojisi üzerinde demans epidemiyolojisine oranla daha az durulmuştur. Genellikle, yaşlıda depresyon belirtilerinin daha çok görüldüğü yolunda hekimler arasında yaygın bir kanı vardır. Bunun nedenleri arasında başta yaşlılığın çeşitli kayıp olaylarına sahne olan bir yaşam dönemi oluşu gelir. Bu kayıplar arasında sağlığın, çeşitli organların fonksiyonunun, eşin ve yakınların ve sosyal konum kaybı vardır. Öte yandan yaşam boyu belli belirsiz bir yadsıma ile yaklaşılan ölüm gerçeği bu dönemde kişiye çok daha yakındır.

Epidemiyolojik çalışmalar major depresyon insidansının 45-55 yaş arasında en yüksek noktaya ulaştığını göstermiştir. 60 yaşından sonra ilk kez major depresyon tablosunun başlaması daha az sıklıkla olur.

Yaşlıda major depresyon insidansı yaşlının yaşadığı yere göre değişir. Toplum içinde yaşayan fiziksel rahatsızlığı olmayanlarda bu oran %1-5 arasında değişir. Tıbbi veya cerrahi nedenlerle hastaneye yatmış yaşlılar arasında oran %12 civarındadır. Yaşlı bakım evlerinde (nursing home) kalan kognitif açıdan sağlam, kronik fiziksel hastalığı olan yaşlılar arasında major depresyon oranı %20-25'e kadar çıkmaktadır (Koenig ve Blazer 1992).

Toplum içinde bağımsız yaşayan sağlıklı yaşlılar arasında major depresyon prevalansı belirttiğimiz gibi çok düşük olmasına karşın, depresif semptom kümelerinin prevalansı belirgin olarak yüksektir. Örneğin O'Hara ve arkadaşları (1985) %9, Beekman (1997) %12.9 bulmuştur. Yine belirttiğimiz gibi toplumda major depresyon belirgin olarak yaşla azalır. Oysa depresif semptomların prevalansı aynı kalır veya artar, minör depresyon, maskeli depresyon, tıbbi nedenlerle olan ve organik depresyon gençlere oranla yaşlılarda daha yüksek prevalans gösterir. Antidepresiflerin yazılması 50-70 yaşları arasında çok yüksektir (Small 1991). Bu epidemiyolojik patern ileri yaşlarda major depresyonun çoğu vakada dahili veya nörolojik bir hastalığın komorbid bir komponenti, komplikasyonu veya sonucu olabileceğini düşündürür. Epidemiyolojik alan çalışmasında (Epidemiologic Catchment Area -ECA) yaşam boyu distimik hastalık Amerikan toplumunda %3, 65 yaş yukarısında olanlarda ise %1-1.5 arasında bulunmuştur. Yaşlılarda depresyonla ilgili epidemiyolojik çalışmalar bir çok yönden sınırlılığı içermektedir: Çalışmalarda kesin

\* İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Geropsikiyatri Bilim Dalı, İSTANBUL

\*\* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İZMİR

**Tablo 1. Yaşlıda depresyon ile ilgili konsensüs (Katona ve ark. 1995)**

Yaşlıda depresyonun tanısı zordur.
Depresyon prevalansı toplum içinden alınan örneklerle göre, pratisyen hekimlere başvuranlarda daha yüksektir.
Risk genel sağlık sorunları ve yaşam olayları ile artar.
Yaşlıda depresyonun normal 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.

bir yaşlılık tanımlaması ve yaş sınırı bulunmamaktadır. Çalışmalarda yaş dağılımı çok farklı toplumsal kesitlerden alınmıştır. Olgularda kullanılan değerlendirme yöntemleri çoğu çalışmada farklıdır. Daha sonra vurgulayacağımız gibi, yaşlı bireyler depresif belirtileri somatik belirtilerle açıklama eğilimindedirler.

#### KLİNİK

Yaşlıda depresyon psikodinamiği ile ilgili kısa bir bilgi verdikten sonra depresyon kliniğinden söz edebiliriz. Yaşlılar depresyonlarını çeşitli şekillerde maskeleyebilirler ve çoğu semptomları yadsırlar. Hastalığı **yadsıma**, yaşlı kişiler arasında sıkça kullanılır ve hekimlerin yaşlılardaki fiziksel veya psikiyatrik patolojiyi tanıyamamalarına neden olabilir. Yaşlılar **fobik savunma** ile depresyondan kaçmaya uyum sağlarlar. Yaşlanma ve ölüm korkularına karşı bazı yaşlılar "**hiç yaşlanmayacak insan**" fenomeni şeklinde bir ego savunmasına sığınabilirler. **İzolasyon** ise kabul edilmeyen duygulanım değişiklikleri ile baş etmek için kullanılan bir uyum sürecidir. Objeye ilişkilerinden sürekli uzaklaşma diğer kişilerle duygusal bağların zayıflamasına neden olur. Bu sürecin son dönemi sosyal yalnızlıktır. Bu durum depresyonu daha da artırır. Yaşlılarda **somatizasyon** da sıkça kullanılır. Somatizasyon bilindiği gibi, bir psikiyatrik fenomenin bedensel semptomlara dönüştüğü bir ego sürecidir. Bu durumda daha çok bedensel yakınmalar ön plandadır.

Yaşlılıkta depresyonu başlatan nedenler, dinamik süreçler, gençlerde görülenden farklıdır. Yaşlılardaki depresyon hecmelerinin, "**Narsistik kaynaklar**" diye bilinen kaynaklardaki kayıplarla bağlantısının olduğu gözlenmiştir. Depresyon içindeki yaşlılar bu tip kayıp-

ların ve bunların sonucu olan olayların bilincindedirler. Bu açıdan yaşlılardaki depresyon nöbetlerinin kayıplara karşı "**gerçek yas yanıtları**" olduğu düşünülür. Depresif yaşlı hasta kendine olan saygısını kaybettiğinin farkındadır. Bu durum, daha genç kişilerde sıklıkla görülen suçluluk ve bilinçaltı düşmanlığının içe yansımından farklıdır.

Hayatının son döneminde yaşlı yaşamının bir hesabını yapmak gereksinimi duyar. Yaşlı, kendi sorumluluğu içinde hayatını nasıl geçirmiş olduğunu değerlendirmeye çalışır. Kişi, tüm hayatı boyunca üretici bir hayat yaşamışsa bu dönemde bir doyum duygusunu yaşayabilir. Amaçlarının çoğu oluşmamış, fazla üretici bir hayat yaşamamış ise, umutsuzluk duyguları oluşur. Çoğu kez sınırlı savunma mekanizmaları, kişiler arası ilişkilerin kaybı, çevresel stresler hastalık durumları, beden fonksiyonlarındaki yavaşlama veya bozukluk umutsuzluk duygularını daha da arttırabilir. Yaşlı, artık bir çöküşle birlikte, geçmişteki hatalarını düzeltmek için ikinci bir şansa sahip olmadığını kavrar.

Major depresyon, sürekli depresif duygudurumu, daha önce zevk alınan aktivitelerden zevk almama, suçluluk ve diğer pesimistik düşünceler, vejetatif semptomlar, beden şikayetleri ile aşırı meşgul olma, sürekli uyku bozukluğu, kilo kaybı ve iştah azalması ve libido kaybı gibi semptomlarla şekillenir. Psikotik ve hezeyanlı semptomlar yaşamın ileri dönemlerinde olan depresif vakaların büyük bir kısmında gözlenmiştir. Hezeyanlar sıklıkla somatik, perseküsyon, suçluluk hezeyanları şeklindedir. Yaşlı depresif hasta üzgün görünümünde elem, umutsuzluk duygularını ve değersizlik fikirlerini taşır. Geçmişindeki gerçek veya hayal ürünü başarısızlıklarından, hatalardan veya düşüncesizliklerden dolayı kendini suçlar. Çevreden çekilebilir. Gıda ve içeceği reddeder. Ağır vakalarda hastalar yataklarından çıkmazlar. Enkontinans bile görülebilir. Bu tip hastalar konuştuklarında kendilerine hiçbir tedavinin faydalı olmayacağını söylerler. Kendilerine göre, durumları umutsuzdur. Kendilerini bu dünya için gereksiz gördüklerini, hiçbir tedavinin kendilerine yararlı olmayacağını veya tedaviyi hak etmediklerini söyleyebilirler.

Uykusuzluk, kilo kaybetme ile birlikte iştahsızlık ve yorgunluk bazen depresyonun erken somatik belirtileri olabilir. Kabızlık da, en sık görülen somatik semptomdur. Baş ağrısı, idrar 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 yorumlanmasa güç olan somatik semptomlar bulunabilir (Baldwin 1997).

Yatırılarak tedavi edilen yaşlı depresiflerden, dikkati verme ve yoğunlaştırmada güçlük ve bellek bozukluğunun görülme oranı yüksektir. Oysa ayaktan izlenen depresif hastalar sıklıkla belleklerinin iyi olmadığından şikayet ederler. Ancak bu hastaların belleklerinde klinik veya psikometrik olarak değerlendirildiğinde genellikle belirgin bir yıkım olmadığı gözlenir. Yaşlılıkta sık görülen distimik hastalık durumunda kognitif yıkım daha fazla görülür (Blazer 1997).

Klinisyen, 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 olmadığı araştırılmalıdır.

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, her türlü tedaviye cevap vermeyen yüz, sıyatik ve pelvis ağrılarının depresyon kaynaklı olabileceğini hatırlatmak isteriz.

Hospitalize edilmiş yaşlı ve daha genç depresyonlular, görülen semptomlar açısından karşılaştırıldığında farklılık gösteren psikolojik semptomların başında "suisid düşünceleri" olduğu bulunmuştur (Katona 1996). Bu düşünce yaşlı depresif tarafından daha az bildirilmiştir. Bu semptom özellikle ilginçtir. Çünkü sonu ölümlle sonuçlanan suisid oranı yaşlılarda daha yüksektir.

Tablo 2'de, genç ve yaşlı depresifler arasında depresyonun klinik özelliklerindeki farklılıklar gösterilmiştir.

Gerçekte yaşlılarda intihar oranı çok yüksektir. Erkeklerde bu oran 80 yaşına kadar sürekli bir artış gösterir. Bu yaş dolaylarında yaklaşık 100.000'de 15-

**Tablo 2. Genç ve yaşlı depresiflerde klinik farklılıklar (Katona 1996)**

**Yaşlılarda daha sık görülenler**

Uykusuzluk

Ajitasyon

Hipokondria

Letarji

irritabilite

**Yaşlılarda daha az sıklıkla görülenler**

Depresif mizaç

Depersonalizasyon

Aşikar intihar fikirleri

20 civarında kalır. İntihar girişiminde bulunan yaşlıların %80'inden fazlası depresyondadır ve intihar eden yaşlıların %30'u bir hafta içinde %70'i bir ay içinde hekimlerini görürler (Le Leo ve Diekstra 1990).

Yaşlı hastalar, hekimlerini ve ailelerini suisid girişimi açısından çoğunlukla ikaz etmezler. Oysa poliklinik hastaları arasında çeşitli yaş grupları açısından depresif semptomlar karşılaştırıldığında yaşlı depresiflerde atipik veya psikosomatik semptomlar önde gelir. Bu bakımdan poliklinik hekimlerinin ve özel pratik yapan hekimlerin yaşlılardaki depresyon semptom kümelerini iyi bilmeleri gerekir. Bunlar gençlerde görülen semptom kümelerine benzer. Ancak yaşlılarda belirgin depresyon belirtileri olmadan letarji, altta yatan fiziksel şikayetlerin şiddetlenmesi, olmaması gereken bellek bozukluğu, yaşlının ekonomik sorunlar üzerinde çok fazla durması depresyon lehinde değerlendirilmeli ve intihar riski açısından dikkatli olunmalıdır. Ayrıca yaşlıda yoğun hipokandriak semptomların ve hezeyanların bulunması suisid olasılığını artırır.

Yaşlılıkta **depresyon riski** açısından önemli olan faktörleri de şöyle sıralayabiliriz: Kadın olmak (ancak ciddi intihar erkeklerde daha sık), dul veya bekar olmak, gelir düzeyinin ve eğitim düzeyinin düşük olması, sosyal desteğin olmayışı, önemli kayıplar yaşanması, fiziksel bir hastalığın bulunması ve bu hastalığın uzun sürmesi. Öte yandan yaşlılığa bağlı biyokimyasal değişiklikler ileri yaşlarda başlayan depresif semptomların prevalansının artmasına katkıda bulunabilir.

Distimik bozukluk DSM-IV'de "kronik depresif duygudurum" olarak tanımlanır. Bu durum en az iki

yıldan fazla sürer (APA 1994). Bu iki semptomla ilaveten iştah kaybı veya aşırı yeme, uykusuzluk veya aşırı uyuma; enerji kaybı veya yorgunluk; kişinin kendine olan saygısının azalması; konsantrasyon kaybı veya karar vermede zorluk; umutsuzluk duyguları; sürekli ilgi kaybı ve kişinin kendini kritize etmesi. Bütün bu belirtiler kişinin günlük yaşamını kaplar. Buna karşın minör depresyon DSM-IV ekinde iki hafta veya daha fazla süren bir sendromdur. Sendrom klinik olarak belirgin huzursuzluğa neden olur. Tabloda dokuz major depresyon semptomundan beşten azı ama en az ikisi bulunur.

Bir çok çalışmaya göre, distimik bozukluk için risk faktörleri major depresyonda bulunan risk faktörlerine benzer (APA 1994). Melankolili major depresyon ile birlikte olan biyolojik faktörler, örneğin uykunun hızlı göz küreleri hareketi (REM) dönemi latensinde azalma distimik hastalık tablolarında da görülür. Ancak deksametazon nonsupresyonu distimik hastalıkta seyrek. Distimik hastalık genel popülasyona oranla birinci derecede akrabalar arasında daha sıklıkla görülür. Major depresyonun kadınlarda daha sık görüldüğünü biliyoruz. Distimik hastalık ise her iki cinste yaklaşık aynı oranda görülür. Cinsiyet dışında major depresyon, minör depresyon ve distimik hastalık arasında risk faktörleri açısından belirgin farklılık görülmez.

Erken ve geç başlangıçlı distimi açısından klinik tablonun şiddeti günlük yaşam aktivitelerinde yıkım ve tedaviye yanıt açısından fark yoktur. Yaşlıda distimik hastalıkla birlikte tıbbi hastalık (hipertansiyon ve kalp hastalığı gibi) yüksek oranda bulunur.

Yaşlılıkta ilk kez depresyon belirtileri gösterenlerde bazı özellikler vardır (Tablo 3).

#### TANI

Genelde, yaşlıda depresyonun tanımının gençlere oranla zor olduğunu vurgulamıştık. Yaşlı popülasyonda %40'a ulaşan bir oranda depresyonun teşhis edilemediği saptanmıştır (Small 1991). Tanı konulmamasının nedenleri çeşitlidir. Birincisi, doktorlar, hastalar ve hasta yakınları sıklıkla yaşlıdaki depresif semptomları yaşlanma sürecinin normal psikolojik sonucu olduğunu düşünürler. Depresif belirtileri fiziksel hastalığa atfederler. Bu durum hastaların daha sıklıkla somatik semptomları bildirmeye istekli olmasından ve erken depresif semptomları sıklıkla unutmalarından kaynaklanabilir. Ayrıca klinikçiler depresyonla aynı anda olan tıbbi hastalıklarla daha

#### Tablo 3. Yaşlılıkta ilk kez depresyon belirtileri gösterenlerde bazı özellikler

Birinci derece akrabalar arasında depresyonluların bulunma olasılığı daha azdır.

Kognitif yıkımın olma olasılığı daha fazladır. Nöropsikolojik testlerde daha fazla yıkım.

Görüntüleme yöntemleri ile beyinde anomali bulunma olasılığı daha fazladır (Lateral beyin ventriküllerinin genişlemesi ve daha fazla akmadde hiperintensitesi).

Demans gelişmesine yatkınlık ve mortalite daha fazladır.

Tedaviye cevap oranı daha düşüktür.

fazla ilgilendirir. Bu yüzden depresif semptomlar gözden kaçır. İkincisi major depresif epizod için DSM-IV kriterleri (örneğin depresif duygudurum, ilgi kaybı, kilo kaybı veya kilo alınımı, uykusuzluk veya aşırı uyuma, psikomotor ajitasyon veya retardasyon, yorgunluk, 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 görülenden farklıdır. Üçüncüsü, yaşlıların çok farklı durumlar için çeşitli ilaçları kullanmaları ve demans-depresyon tablosunun bir arada bulunabilmesi tanıyı zorlaştırır. Yaşlılığa özgü depresyon görünümü Tablo 4'de gösterilmiştir.

Hastanın değerlendirilmesi standardize edilmiş depresif semptomları değerlendirme ölçeklerinin kullanımı ile kolaylaşabilir. Örneğin Geriatrik Depresyon Skalası (GDS) veya Epidemiyolojik Çalışmalar için Depresyon Skalası (GSDS) gibi. Yaşlıda depresyon epidemiyolojisinde çok sık kullanılan Geriatrik Depresyon Skalası'nın (GDS) Türk toplumu için geçerliliği ve güvenilirliği tarafımızdan yapılmıştır (Ertan ve Eker 1998).

#### TEDAVİ

Tedavi ile ilgili bilgileri aktarmadan önce pratisyen hekimlerin ve psikiyatri asistanlarının yaşlılıkta depresyonla başatmenin genel prensiplerini bilmeleri gerekir (Tablo 5).

Öte yandan depresif yaşlı kişilerin en sık başvurma veya sevk edilme nedenleri arasında süregelen ağrı (örneğin baş, sırt, mide, barsak ağrısı), ajitasyon, apati ve çevreden çekilme, anksiyete, bellek veya konsantrasyonun azalması, kolay yorulma, sık sık hastane polikliniklerine başvurma, uyku bozuklukları, aşırı alkol kullanımı ve benzodiazepin alışkanlığı sayılabilir.

**Tablo 4. Yaşlılığa özgü depresyon görünümü**


---

Fiziksel ve somatik psikiyatrik semptomların iç içe geçmesi.
Üzüntünün en az düzeyde ifade edilmesi.
Somatizasyon ve fiziksel hastalıkla birlikte olan orantısız yakınmalar.
Yakın zamanda başlayan nörotik semptomlar.
Planlanmış kendine zarar verici davranışlar.
Psödodemans.
Demans ve depresyonun aynı anda bulunması.
Anormal kişilik bozukluklarının ön plana çıkması.
Geç başlangıçlı alkole aşırı düşkünlük.

---

**Tablo 5. Yaşlılıkta depresyonla başatmanın genel prensipleri**


---

Pratisyen hekimler yaşlılıkta depresyon konusunda eğitilmelidirler.
Yaşlılıkta depresyon ayrı ve tedavi edilebilir bir hastalıktır.
Depresyon, yaşlılığın doğal sonucu değildir.
Yaşlıların uygun farmakolojik tedavi almaları ve psikolojik müdahale görmeleri haklarıdır.
Depresiflerin %18'inin uygun antidepresifleri uygun süre aldığı gösterilmişken, yaşlılarda bu oran %4'e kadar düşer (Copeland ve ark. 1992).

---

Yaşlı major depresyonlu hasta çoğunlukla yatırılarak tedavi edilir. Özellikle hastanın fiziksel sağlığı kötü, suisid riski yüksekse, hastada hezeyanlar varsa tedaviye uyumun iyi olmadığı biliniyorsa, kognitif fonksiyonlarda bozukluk varsa ve sosyal destekler yoksa hospitalizasyon gerekir (Meyers ve Chester 1994).

Yaşlılarda depresyon semptomları ayrıntılı olarak değerlendirirken, farmakolojik tedaviye başlamadan önce hastanın genel sağlığı ile ilgili yeterli bilginin alınması gerekir. Burada özellikle kardiyovasküler sistem, böbrek, karaciğer, tiroid fonksiyonları ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir. Birçok tıbbi hastalığın depresyona eşlik ettiğini (Tablo 6) ve depresyonun pankreas karsinomasında, beyin tümörlerinde ilk primer semptom olabileceğini biliyoruz. Hastanın çeşitli nedenlerle kullandığı ilaçlar gözden geçirilmelidir (Tablo 7). Özellikle yaşının daha önce hangi antidepresanlardan yararlandığı öğrenilir.

Antidepresan ilaçlar tüm depresyonların %65-75'inde

etkilidir. İlaçlar arasında klinik etki açısından büyük fark yoktur, yan etkileri farklıdır. Birlikte organik rahatsızlık varsa öncelikle bu rahatsızlık tedavi edilmelidir. Reçete yazmadan önce hastanın kalbinde iletim bozukluğu, prostat hipertrofisi, glokom ve epilepsisi olup olmadığını sorunuz, gerekirse tetkikler yapınız. Yan etkiler açısından en başta SSRI'ları tercih ediniz. Uyku bozukluğu varsa yatıştırıcı etkisi yüksek olan bir ilaç seçiniz. Trazodon ve mianserin gibi. Enerji azalması, yorgunluk, uyuşukluk hali varsa yatıştırıcı etkisi düşük olan bir ilaç seçiniz, fluoksetin, sertralin, fluvoksamin gibi.

Eğer hasta geçmişte bir ilaçtan yarar gördüyse aynı ilacın yine yararlı olma olasılığı yüksektir. İlacın sık görülen yan etkilerini en başta, ilacı yazarken anlatınız. Bunların rahatsız edici olabileceği ancak tehlikeli olmadığını, çoğunun kısa sürede kaybolacağını, kaybolmayanlara ise kısa sürede uyum sağlanabileceğini söyleyiniz. İlk gün ve haftalarda ilaç çok bunaltı-sıkıntı veya uykusuzluk yaparsa tedaviye benzodiazepin eklenebilir. Bağımlılığı engellemek için kullanımında 3 haftayı geçmemek, kısa etkili/güçlü benzodiazepinlerden (alprazolam gibi) kaçınmak doğru olur. Lorazepam tercih edilebilir.

Hasta suisid riski açısından dikkatli izlenmelidir. Yaşlıda suisid riski açısından önemli faktörleri daha önce belirtmiştik. Örneğin, fiziksel sağlığın kötü olması, yalnız yaşama, ekonomik sorunlar ve aşırı miktarda alkol alma gibi. Öte yandan yaşlıda yoğun hipokondriak semptomlarla, hezeyanların bulunması suisid olasılığını artırır. Özellikle hezeyanların içeriği, suçluluk ve perseküsyon konularını içeren hezeyanlı major depresyonun tedavisi elektrokonvülsif tedavi (EKT) veya antidepresanlarla birlikte nöroleptiklerin verilmesi ile yapılır. Bu tedaviler en kolay şekilde hastane ortamında yapılır.

Yapılan araştırmalarda depresiflerin %18'inin uygun antidepresifleri - uygun süre aldıkları saptanmıştır. Bu oran yaşlılarda %4'e kadar düşmektedir. Yaşlıların uygun antidepresanlardan ziyade trankilizan almaları ilginçtir (Mann ve ark. 1986). Oysa yaşlıların uygun farmakolojik ve psikolojik tedavi görmeleri haklarıdır. Yaşlıda depresyon tedavi edilmezse sosyal izolasyon ve yaşam kalitesinde düşme olur. Aile ve toplum üzerinde yük artar. Morbidite ve mortalite oranı yükselir ve suisid riski artar.

Depresyon tanısıyla hastaneye yatırılmış bir yaşlıda başlangıçta gerekirse sadece sedasyon yapıcı kısa et-

**Tablo 6. Depresyonla birlikte olan hastalıklar**

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

**Tablo 7. Depresyon oluşturan ilaçlar**

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

kili bir ilaç vermeli, diğer ilaçlar bir süre kesilmelidir. Bu dönemde yetenekli hemşire bakımının ve desteğinin önemli bir yeri vardır. Bu şekilde birkaç gün sonra yaşlı hasta zihinsel açıdan daha açık ve fiziksel yönden daha kuvvetli hale gelir. Depresif semptomlar da daha belirginleşir.

Yaşlılar için "ideal" bir antidepresifin profili Tablo 8'de verilmiştir.

Yaşlılarda depresyon tedavisinde trisikliklerin yakın zamana kadar önemli yerleri vardı. Ancak trisiklikler, özellikle yaşlılarda antikolinergik etkilerinden dolayı konfüzyona, idrar retansiyonuna glokomun başlamasına ve kötüleşmesine ve görmeye bulanıklığa neden olurlar. Ayrıca antihistaminik etkileri sedasyona, antiadrenergik etkileri postural hipotansiyona, baş dönmesine ve düşmelere yol açar.

**Tablo 8. Yaşlılar için "ideal" antidepresif profili**

Yaşlıda ilacın farmakokinetiğinin daha genç olanlardakine yakın olması
Diğer ilaçlarla önemli interaksiyonlar göstermemesi
Birçok patolojisi olan hastalarda güvenle kullanır olması
Basit doz uygulaması
Etkinliğinin gösterilmiş olması
İyi tolere edilmesi
Antidepresif etkinliğinin çabuk başlaması

1988 yılından itibaren kullanılmaya başlanan SSRI'ların ise daha az yan etkileri olduğu, aşırı dozlarda nispeten güvenilir oldukları ve lityumla daha az etkileşime girdikleri bilinmektedir. Yaşlılara verilen doz, gençlerde verilenle aynıdır. SSRI'ların başlıca yan etkileri gençlerde olduğu gibi, baş ağrısı, bulantı, tremor ve uyku bozukluğudur. SSRI'lar yaşlılarda ekstrapiramidal yan etkilere, yetersiz antidiüretik hormon salgılanmasına neden olur ve bunun sonunda konfüzyon görülebilir. Yaşlıda terapötik etkinin başlaması daha uzun zaman alabilir. Bu da 7-8 hafta sürebilir.

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 günde bir kez alınması gerekir. Yarılanma süresi uzundur. Yaşlı hasta ilacını almayı unuttuğunda büyük bir sorun oluşturmaz. Sedatif değildir. Yaşlı distimik hastalarda da etkili olduğu bilinmektedir. Fluvoksamin ve paroksetinin yarılanma süreleri daha kısadır. **Paroksetin** böbrek ve karaciğer fonksiyon bozukluğu gösteren hastalara verilebilir.

**Sitalopram** 5-HT geri alınımının en yüksek oranda spesifik inhibitörüdür. Yaşlılarda yıkımı daha yavaş, plazma düzeyi daha yüksektir. Lityum/sitalopram kombinasyonun iyi tolere edildiğini biliyoruz (Vehlingen ve ark. 1995).

**Venlafaksin** hem serotonin ve daha zayıf olarak noradranalininin geri alınımını inhibe eder (SNRI). Alfa- adrenerjik, histaminik ve kolinerjik reseptörler üzerinde etkisi yoktur. SNRI'ların antidepresan etkinliklerinin ve güvenilirliklerinin yüksek olduğu, etki-

lerinin erken başladığı bildirilmektedir. İlacın uzamış etkili, günde bir kez alınabilen şekli (extended releasing XR) özellikle yaşlı depresiflerin ilaçlara uyumu gözönüne alındığında yararlı olmaktadır. XR şeklinin yan etkileri daha azdır.

**Mirtazapin** 5-HT<sub>2C</sub> reseptörlerini bloke ederek iştah artmasına ve kilo almaya neden olur. Yaşlı depresif hastalar çoğunlukla uyku bozukluğu, anksiyete ve kilo kaybı belirtileri gösterirler. İlaç özellikle bu sorunları olan yaşlı hastalar için idealdir. Orta ve ileri derecede major depresyonlu yaşlılarda yapılan karşılaştırmalı çalışmada ilacın trazodon ve plasebodan üstün olduğu gösterilmiştir (Halikay 1995).

**Moklobemidin** farmakokinetik özellikleri genç ve yaşlı gönüllülerde ve depresiflerde çok benzerdir (Stoekel ve ark. 1990). Aynı şekilde ilaç genç ve yaşlı depresiflerde benzer etkinliği ve tolerabiliteyi göstermiştir (Angst ve Stabl 1992). Moklobemidin fluvoksamine göre üstün olduğu ve fluoksetin kadar etkili olduğunu bildiren çalışmalar vardır (Bocksberger ve ark. 1993, Altamura ve Aguglia 1994).

#### Psikolojik Tedaviler

Yaşlıların mental yapılarının terapötik değişikliğe uğramayacak kadar rijit olduğu ileri sürülerek psikolojik tedavilerden yararlanamayacağı düşünülmüştür. Oysa yapılan kontrollü çalışmalar kognitif, psikodinamik ve davranışsal tedavilerin genç depresif hastalarda görülen etkilere benzer etkiler gösterdikleri bulunmuştur. 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. Yaşlının yaşamı boş görme ve işe yaramazlık konuları üzerinde durulmalıdır.

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

Minör depresyonlu yaşlılarda veya uyum bozukluğu olanlarda veya çeşitli kayıplar nedeni ile disfori tablosu gösterenlerde daha az yoğunluktaki psikoterapi şekilleri yeterli olabilir. Aktif şekilde dinleme ve basit destek verme gibi.

Yaşlı depresiflerin tedavisinde ailenin özellikle önemi vardır. Ailede sorunlar yaşlı erişkinler tarafından

yaşanan depresif semptomlara katkıda bulunabilir. Aile desteği depresif yaşlıların tedavisinde prognoz açısından önemlidir.

### Yaşlıda Elektrokonvülsif Tedavi (EKT)

İntihar riskinin yüksek olduğu durumlarda, malnutrisyon, dehidratasyon gösterenlerde ve psikotik hezeyanların yoğun bulunduğu vakalarda elektrokonvülsif tedavinin yeri vardır. Ayrıca, enerjik 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 EKT ile ilgili ayrıntılı bilgi almak için Wilkinson'ın (1997) derlemesine bakılması önerilir.

### Yaşlıda Tedaviye Dirençli Depresyon

Hasta ilk başlanan tedaviye cevap vermiyorsa, tedavinin uygunluğu ve yeterliliği (doz, süre ve uyum) tekrar gözden geçirilmelidir. Tedavi uygunsa psikolojik tedaviler ve / veya kombine tedaviler, EKT düşünülmelidir.

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

İleri yaşlarda başlayan bir depresyon, fiziksel bir 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, KT ve MR gerekebilir. Demans hastalarındaki depresyonda, çoğu kez belirgin suçluluk ve diğer psikotik depresyon belirtileri yoktur.

Tedaviye dirençli durumlarda kombinasyon (Eker 2003) ve ogmentasyon tedavileri uygulanır. Bu durumda cevap vermeyen vakalar cevap verir hale gelir. Kısmi yanıt varlığında ise düzelmesinde artma olur.

Ogmentasyona örnek olarak antidepressiflere lityum, tiroid hormonu, 5-HT<sub>1A</sub> agonistleri (buspiron) ve antagonistleri (pindolol) ilave edilebilir. Lityum ogmentasyon yanıt oranları %30-65 arasında değişir. Lityuma yanıt 48 saat ile 6 hafta arasında değişir. Lityum dozu 600-1200 mg/gündür. Serum lityum düzeyleri cevapla korelasyon göstermez. Ancak yaşlılarda renal işlevlerin gerilediği unutulmamalıdır. Lityumun kandaki düzeyinin sıkça tayini ve böbrek ve tiroid fonksiyonlarına bakılması gerekir. Lityum alan yaşlılarda sıkça tremor, susuzluk, kilo alma, gastrointestinal ve kognitif fonksiyonlarda bozukluk görülür.

Tiroid hormonu da ogmentasyonda kullanılır. T3 (tri-iodothyromine) (25-50 mg) T4'den (thyroxine) daha etkilidir.

### KAYNAKLAR

Altamura AC, Aguglia E (1994) Moclobemide vs fluoxetine in elderly outpatients with major depression or dysthymia: a double blind trial. *Eur J Psychiatry J (Suppl)*, 1635.

American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Baskı (DSM-IV), American Psychiatric Association, Washington, D.C.

Angst J, Stabl M (1992) Efficacy of moclobemide in different patient groups: a meta-analysis of studies, *Psychopharmacology*, 106:109-113.

Beekman ATF, Deeg DJH, VanTilburg T ve ark. (1995) Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord*, 24:65-75.

Blazer DG (1997) Dysthmic disorders and chronic minor depression in late life: description and treatment, *Advances in Old Age Psychiatry: Chromosomes to Community Care*. C Holmes, R Howard (Ed), Peters Field, Wrightson Biomedical Publishing Ltd, s.183-193.

Bocksberger JP, Gachoud JP, Richard J ve ark. (1993) Comparison of the effects of moclobemide and fluvoxamine in elderly patients with a severe depressive episode. *Eur J Psychiatry*, 8:319-324.

Boyer WF, Feighner JP (1991) The efficacy of selective serotonin re-uptake inhibitors in depression, *Perspectives in Psychiatry*. Selective serotonin re-uptake inhibitor, JP Feigner, WF Boyer (Ed), 1. Cilt, Chichester, John Wiley Sons, s.89-108.

De Leo D, Diekstra RFW (1990) Depression and suicide in late life. Toronto, Hogrefe Hubes, s.177-197.

Feigner JP, Boyer WF, Meredith CH (1988) An overview of fluoxetine in geriatric depression *Br J Psychiatry*, 153(Suppl 13), s.105-108.

Geretsegger C, Bohmer F, Ludwig M (1994) Paroxetine in the elderly depressed patients: randomized comparison with fluoxetine of efficacy, cognitive and behavioral effects. *Int Clin Psychopharmacol*, 9:25-29.



- Halikay JA (1995) Org. 3770 (mirtazapine) versus trazodone: a placebo controlled trial in depressed elderly patients. *Hum Psychopharmacol*, 10(Suppl 2):25-133.
- Jarm AF (1995) The epidemiology of depressive states in the elderly. Implication for recognition, intervention and prevention. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30:53-59.
- Katona CLE, Freeling D, Hinchliffe K ve ark. (1995) Recognition and management of depression in corte life in general practice: consensus statement. *Primary Caire, Psychiatry*, 1:107-113.
- Katona CLE (1997) *New Antidepressants in the Elderly* (1997). *Advances in Old Age Psychiatry: chromosomes to community care*. Cttolmes, R Howard (Ed), Petersfield, Wrightson Biomedical Publishing Ltd, s.143-160.
- Koenig HG, Blazer DG (1992) Epidemiology geriatric affective disorders. *Clin Geriatr Med*, 8:235-251.
- Maguire K, Percira A, Tiller J (1991) Moclobemide pharmacokinetics in depressed patients: lock of age effect. *Hum Psychopharmacol*, 6:249-252.
- Mann A, Graham N, Ashby D (1986) The prescription of psychotropic medication in local authority old people's home. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1:25-29.
- Meyers BS, Chester JG (1994) Acute management of Late-life depression. *Principles and practice of Geriatric Psychiatry* JRM Copeland, MT Abou-Saleh, DG Blazer (1994) West Sussex John Wsley Sons Ltd, s.563-568.
- Morris RG Morris LW (1991) Cognitive and behavioural approaches with the depressed elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 6:407-413.
- O'Hara MW, Kohout FJ, Wallace RYB (1985) Depression among the rural elderly: a study of prevalence and correlates. *J Nerv Ment Dis*, 173:5582-5589.
- Small GW (1991) Recognition and treatment of depression in the elderly. *J Clin Psychiatry*, 52(Suppl 6), s.11-22.
- Stoeckel K, Pfefen JP, Mayersohn M ve ark. (1990) Absorption and disposition of moclobemide in patients with advanced age or reduced liver or kidney function. *Acta Psychiatr Scand*, 360:94-99.
- Vehlinger C, Nil R, Amey M ve ark. (1995) Citalopram-lithium combination treatment of elderly depressed patients: a pilot study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 10:281-287.