

Yaşlılık Döneminde Depresyon

Işın Baral Kulaksızoğlu, Sibel Çakır

İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yaşlılık Psikiyatrisi Programı

Özet

Epidemiyolojik veriler genel olarak yaşlıların %1'inin major depresyondan, toplumda yaşayan yaşlıların %3'ünün distimiden ve %8 ila %15'inin klinik olarak belirgin düzeyde depresif belirtilerden muzdarip olduğunu göstermektedir. DSM-IV'te belirlenen major depresyon, distimik bozukluk, depresif belirtilerle giden uyum bozukluğu gibi pek çok tanı kategorisi yaşlılık dönemi için de geçerlidir. Ancak bu sınıflama yine yaşlılıkta çok daha sık görülen minör depresyon, depresif belirtilerle giden patolojik yas gibi klinik durumları tanımlamamaktadır. Bu yazıda yaşlılıkta görülen depresif bozuklukların klinik özellikleri, ilgili risk faktörleri, tedavi seçenekleri ve zorlukları gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Yaşlılık, major depresyon, distimi

Abstract

Depression in Elderly

Epidemiological data shows that the major depression occurs in the %1 of general elderly population; 3% of community-residing elderly individuals suffer from dysthymia and %8 to %15 have clinically significant depressive symptomatology. Several syndromes of geriatric depression have been identified and included in DSM-IV as major depression, dysthymia, adjustment disorder with depression. But there are more syndromes which are not described such as minor depression, pathological grief with depressive features which are more common in elderly. In this review, clinical presentations of depressive syndromes, related risk factors and treatment options and difficulties in elderly depressive disorders are summarized.

Keywords: Elderly, major depression, dysthymia

Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) verilerine göre 2020 yılında depresyon, getirdiği hastalık yükü, yaşam kalitesi ve sağlık üzerine olumsuz etkileri açısından başta gelen sağlık sorunu olacaktır. İleri yaşlarda depresyon, hem düşük yaşam kalitesinin önemli nedenlerinden birisidir hem de fiziksel hastalıklarla yakından ilişkili olup hastalıkların mortalite ve morbiditesini etkiler. Ayrıca sağlık hizmetinin yanlış yönlendirilmesine ve gereksiz harcamaların artışına yol açabilir (1). Yaşlı nüfusun ortalama %10-15'ini etkileyen depresyonun, sıklığı huzurevleri ve bakımevlerinde %25'e kadar çıkmaktadır. (2). Ayrıca DSM-IV'e göre majör depresyon kriterle-

rini doldurmayan, eşik altı ya da minör depresyon olarak adlandırılan semptomlar da yaşlı nüfusunun üçte ya da dörtte birini etkiler.

Türkiye'de de beklenen ortalama yaşam süresinin artmasıyla, yaşlı nüfus oranı da giderek artmaktadır ve önümüzdeki yıllarda bu artış daha da belirgin olacaktır. Türkiye'de de yaşlılık depresyonu sıklığı ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır (3,4). Yetmiş yaşın üzerindeki 1018 kişide yeni yapılan bir çalışmada yaşlılık depresyonu sıklığı %18 olarak bulunmuş ve bu kişilerin sadece %8'inin antidepresan tedavi alabildiği gözlenmiştir (5). Bu yaş grubu, organik ve fiziksel has-

talıklar nedeniyle değişik sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Psikiyatri kliniklerine başvuru sıklığı ile ilgili bir bilgi bulunmamakla birlikte, yaşlı hastaların psikiyatrik sorunlarında genel pratisyen hekimlerinin, aile hekimlerinin, iç hastalıkları uzmanlarının, nörologların ve diğer hekimlerin karşısına çıktığı tahmin edilmektedir. Ancak pratisyen hekimlerin yaşlılık depresyonunu büyük oranda tanıyamadığı gözlenmektedir. Bir çalışmada ise yaşlı depresif hastaların ancak %3-14'üne antidepressan ilaç reçete edildiği gösterilmiştir (6). Buradaki sorun; hastalar ve hasta yakınlarının, psikiyatristler de dahil olmak üzere hekimlerin, yaşlılıktaki ruhsal sorunları tanımadaki güçlükleridir. Çünkü durgunlaşma, ilgi ve istek kaybı, halsizlik, bitkinlik ve işe yaramazlık hissi veya unutkanlık yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak kabul edilebilir. Depresyonun kişinin, kültür, eğitim, sosyal çevre ve kişilik özellikleri gibi çeşitli faktörlerden fazlası ile etkilediğini bilinmektedir. İleri yaşın, bu faktörlerden biri olup depresyonun klinik özelliklerini, prognozunu ve tedavi sürecini etkilediği ileri sürülmektedir (1).

Majör depresif epizod

DSM-IV'e göre majör depresif epizod (MDE), depresif ya da iritabl duygudurumla karakterize, hemen tüm aktivitelere ilgi kaybı, zevk alamama ve şu semptomlardan en az beşinin eşlik ettiği klinik bir durumdur: konsantrasyon güçlüğü, letarji, uyku ve iştah bozuklukları, kendine güvende azalma, suçluluk ve değersizlik düşünceleri, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon, enerji kaybı ve yineleyen ölüm düşünceleri. Fakat ciddi tıbbi sorunları olan ve bilişsel işlevleri bozulmuş olan hastalarda depresyon tanısında sorun yaşanır. Ağır depresyon, çoğul psikobiyolojik semptomlar ve belirgin depresif duygudurumu olan hastalarda depresyonun semptomları ile fiziksel hastalığın semptomları arasında ayırım yapmak zordur. Yaşlılardaki majör depresyonda, psikotik semptomlara da sık rastlanır (7). Hezeyanlar genellikle somatik, kötülük görme, suçlu-

luk, günahkârlık, yoksulluk, nihilistik ve kıskançlık temaları üzerinedir (8,9). Suçluluk düşünceleri, obsesif ruminasyonlar, ajitasyon ve referans fikirleri yaşlılardaki majör depresyonda sık görülür. Algı bozuklukları ve halüsinasyonlar ise diğer psikotik semptomlara göre daha seyrektir. İntihar fikirleri ileri yaşta görülen majör depresyona eşlik edebilir, aktif ve pasif intihar girişimi (hastaların yemek yemediği, ilaçlarını almadığı ve yaşamını riskine atacak davranışlarda bulunduğu durum) ile sonuçlanabilir.

Minör depresif bozukluk

İleri yaşta eşik altı depresyon, majör depresyona göre daha az subjektif yakınma ve yeti yitimi ile giden, daha kısa süren, hafif şiddetteki bir formdur ki bu niceliksel bir ayırım olur. Diğer taraftan eşik altı depresyon, niteliksel olarak atipik psikopatolojisi, farklı bir gidişi ve bileşenleri olan, hafif şiddette olması şart olmayan, özkıyım düşüncelerinin, suçluluk ve değersizlik hissinin daha az, fiziksel sağlığa yönelik yakınma, yorgunluk ve bitkinliğin daha fazla olduğu, yaşlılara ait bir formdur. Minör depresyon, fiziksel güçte belirgin azalmaya, yeti yitimine, sağlık kurumlarına başvuruda artmaya neden olan ve majör depresyon gelişimine neden olabilen önemli bir risk faktörüdür (10,11,12). Birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresif semptomları olan fakat majör depresif epizod ve distimi kriterlerini karşılamayan çok sayıda hasta olduğu bildirilmiştir (13). Bu hastalar, yaşam kalitesi açısından, diyabet ve hipertansiyonu olan hastalardan daha fazla işlevsellik kaybı ve yeti yitimi göstermektedirler. Yine minör depresyonu olan hastaların, yeti yitimine neden olan gün sayısı majör depresyonlu hastalara göre daha fazla bulunmuştur. Yaşlı hastalarda subsendromal depresyonun, majör depresyon, minör depresyon ve distimiden daha sık görüldüğü, işlevsellik, yeti yitimi ve tıbbi komorbidite açısından majör ve minör depresyondan farklı olmadığı bildirilmiştir. Yaşla birlikte majör depresyon görülme sıklığı azalırken, minör depresyon sıklığı artar (13,14). Mi-

nör depresyon, yaşlı hastalarda önemlidir; çünkü neden olduğu bilişsel ve işlevsel alandaki kayıplar majör depresyon kriterlerini karşılayan hastalardaki kayıpla benzerdir (12).

Distimik bozukluk

DSM-IV ve ICD-10'da bir tanı kategorisi olarak yer alır. ICD-10'da inatçı duygudurum bozuklukları içinde yer alır. En az iki yıl süren kronik bir depresyondur. Distimi tanısı alan hastalar depresyon semptomlarını taşırlar, fakat daha hafif şiddettedir: iştah azalması, uykusuzluk, enerji azlığı, kendine güvenin azalması, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü, umutsuzluk gibi (15).

Depresif belirtilerle giden uyum bozukluğu ve yas reaksiyonu

İleri yaştaki hastalar zamanla yaşamlarında pek çok değişikliğe uyum göstermek zorunda kalırlar. DSM-IV'e göre uyum bozukluğu tanısı, stres etkenlerinin başlangıcından sonraki 3 ay içinde, normalde beklenen reaksiyondan daha belirgin sıkıntının olduğu, işlevsellikte belirgin bozulmanın olduğu, depresif duygudurumla, anksiyete ya da davranış bozukluğu ile giden bir durumdur. Bu yaşta bu duruma yol açabilecek başlıca stres faktörleri, eşin ya da sevilen birinin kaybı, emeklilik, maddi sorunlar ve fiziksel hastalıklardır. Depresif uyum bozukluğu depresif duygudurum, ağlama ve ümitsizlik gibi semptomları içerir. Tanım olarak uygunsuz ve aşırı tepki, 6 aydan daha uzun sürmez, diğer tanılar ve yas reaksiyonunun kriterlerini karşılamaz.

Yas, sevilen birinin kaybıyla yoğun üzüntü duyma, sindirim sistemi sorunları, kilo kaybı ve uyku bozukluğu gibi depresif semptomlara benzeyen tepkiler görülmesidir. Semptomlar iki aydan fazla sürerse majör depresyon araştırılmalıdır. Depresyon ilk iki ay içinde ağır seyrederse, psikomotor retardasyon belirginse, değersizlik ve intihar düşünceleri varsa ve kişi daha önce de depresyon geçirmişse tedavi edilmelidir (16). Yaşlılarda eş kaybı sonrasında sık görülen bu

durumun normal kabul edilmesi ve depresyonun atlanması, fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulmaya, buna bağlı olarak da mortalite artışına neden olur (15,17,18).

Zisook ve arkadaşları, eşini kaybeden yaşlıların yaklaşık %20'sinde kayıptan iki ay sonra MDE geliştiğini, bunların üçte birinde bir yıl sonunda depresyonun kronikleştiğini saptamışlardır (17).

Yaşlılık depresyonunda risk faktörleri

Cinsiyet ve medeni durum: Psikiyatrik epidemiyolojinin en net ve açık bilinen noktalarından biri depresyonun kadınlarda çok daha sık görüldüğüdür. Menarş döneminden başlayarak, orta yaşta kadınlar aleyhine artan bu sıklık ileri yaşta biraz düşer (19). Evlilik erkekler için koruyucu, kadınlar için ise risk faktörü olarak bildirilmektedir (20).

Yeti yitimi: Dünya nüfusunun %7-10'u kronik hastalıkların neden olduğu yeti yitiminden ciddi derecede etkilenir. Yaş ve yeti yitimi arasında da güçlü bir ilişki vardır. Yeti yitimi 40-49 yaş arasında %7 iken, 80 yaşın üzerinde %67'dir ve kronik hastalıklar buna neden olur (10). Fiziksel hastalıkla birlikte olan majör ya da minör depresyon yeti yitimini beklenenin çok üzerine çıkarır (21-23). İnme, Parkinson hastalığı, artrit gibi yeti yitimine neden olan hastalıklarla yaşlılık depresyonu arasında ilişki vardır.

Yaşam olayları: Yaşlı depresif hastaların depresyonu olmayanlara göre daha fazla olumsuz yaşam olayı yaşadığı çeşitli çalışmalarda saptanmıştır. Yaşlılar, kronik zorlukların yaşam olaylarında daha sık yer alması ile gençlerden ayrılırlar ve yaşam olayları düşük tedavi oranını da beraberinde getirir (20,24).

Sosyal destek: Yaşlılarda da genç hastalardaki stresörlere benzer, kendine güven eksikliği, sosyal destek azlığı, güvenebilecekleri ilişki azlığı gibi faktörler hazırlayıcı etkenler arasındadır. Yakın dost veya sırdaş sayısı ile iyilik hali arasın-

da pozitif ilişki saptamış; yaşlı kişilerin ailelerinden, eşlerinden destek almaları, sosyal destek ve yakın arkadaşlık ilişkilerinin olması, iyi hissetme ile ilişkili, depresyon gelişmesi ile ters ilişkili bulunmuştur (2,20,25).

Sosyal sınıf, gelir ve eğitim: Çalışan çocuklu kadınların, orta sosyal sınıf kadınlardan dört kat daha fazla depresif epizod yaşadıkları bildirilmiştir. Sosyal sınıfın etkisi yaşlı depresiflerde daha az görülmektedir. Alt düzey sosyal sınıftaki depresif yaşlıların, sosyal güçlükleri daha fazla yaşamalarının yanında, yetersiz sağlık hizmeti almaları da depresyon gelişiminde etkili olabilir. Sosyal sınıf, emeklilik öncesi konum, emeklilik geliri, yaşadığı evin kalitesi, sosyal ilişki ağı ve kanuni haklarını, devlet kurumlarını kullanabilme yeteneği ile ölçülebilir. Yaşlılık depresyonu ile düşük gelir düzeyi, barınma şartları, eğitim düzeyi arasında da ilişki saptanmıştır (19,20,25).

Kognitif (bilişsel) bozukluk: Çeşitli çalışmalarda depresyon puanları ve bilişsel test puanları arasında ilişki saptanmıştır. Yani yaşlılarda depresyon dikkat dağınılığı ve unutkanlık yapar. Depresyon ve demansın ayırıcı tanısı zaman zaman iyi merkezlerde bile sorun olabilir. Depresif duygudurum, bilişsel yetilerde bozulma ve demans gelişimi için risk faktörü olabilir. Bu bağlantının biyolojik temelinde, kronik depresif hastalarda, hipokampüste öğrenme ve geri çağırma işlevi gören bölgelerde kortizol stres yanıtını kapatan hızlı geri bildirim mekanizmalarının fazla miktarda nörotoksik metabolitlerin birikimi ile zedelenme olabileceği düşünülmektedir. Frontotemporal subkortikal mikrovasküler lezyonlar da bilişsel bozulma yanında duygudurum ve motivasyon bozukluğu ile gelişen yaşlılık depresyonuna neden olabilir (26,27).

Biyolojik faktörler: Yaşlı hastalarda Alzheimer hastalığı, Parkinson hastalığı, multi-infarakt demans gibi nörodejeneratif hastalıkların sıklığı artar. Bu hastalıklarla birlikte depresif semptom ve sendromların yüksek oranda görülmesi bazen ortak etiyoloji, bazen de bu hastalıklara bağ-

lı gelişen yeti yitimi ile ilişkili olabilir. Genetik yatkınlık, kayıplar, çoğul stresörler ilerleyen yaşla birlikte görülen biyolojik yatkınlıkla etkileşir. Yaşlanmanın psikolojik etkileri, birtakım biyolojik değişiklikler de yaratabilir. Geç başlangıçlı depresyon daha çok yapısal beyin değişiklikleri ve serebrovasküler değişikliklerle ilişkili iken, erken başlangıçlı depresyon, ailesel ve genetik faktörlerle daha çok ilişkili görünmektedir. Yaşlılıkta artan hipertansiyon diyabet gibi hastalıklar da hem biyolojik hem psikolojik zorlanmalara neden olup yaşlılık depresyonunu artırır.

Klinik özellikler

Depresyonda klinik görünüm tek tip olmayıp, çoğul biyopsikososyal faktörlerin klinik özellikleri etkilediği bir spektrumdadır. Var olan tanı kriterleri ve terminoloji ileri yaş depresyonları için yetersiz kalmaktadır. Literatürde depresif psödodemans, depresyonun altta yattığı somatizasyon, depresyonun inkâr edildiği maskeli depresyon, depresif nöroz, subsendromal depresyon gibi çok sayıda depresif sendrom tanımlanmıştır.

İleri yaşta görülen depresyonlar, erken ve geç başlangıçlı olarak ayrılabilir. Bu iki grubun klinik özellikleri farklılıklar gösterir. Erken başlangıçlı depresyon, yaşlılıkta tekrar eder ve semptomlar önceki epizodlara benzer. Ailevi yatkınlık, kayıplar, çoğul stresörler ilerleyen yaşla birlikte görülen biyolojik yatkınlıklarla etkileşir. Geç başlangıçlı depresyonda ise erken başlangıçlı depresyona göre, daha fazla çevreye ilgi kaybı, psikotik bulgu, yaygın anksiyete semptomu ve daha az patolojik suçluluk görülmektedir (22,24). Geç başlangıçlı yaşlılık depresyonu, belirgin depresif duygudurum olmadan, atipik özelliklerle de seyredebilir. Yaşlılarda yaygın olarak görülen maskeli depresyonda da depresif duygudurum, üzüntü ve disfori inkâr edilebilir. Somatik yakınmalar, yorgunluk, ağrı, sindirim sistemi sorunları, enerji azlığı önde gelen yakınmalar olup depresif duygudurumu maskeler, hastalar belirli bir sendroma işaret etmeyen so-

matik yakınmalar ile dahiliye kliniklerine başvururlar (28,29). Bu kişiler depresif semptomlarını tıbbi hastalıklarına bağlarlar. Uyku ve iştah bozuklukları, atipik ağrılar, sosyal çekilme ve tıbbi tedavilere uymama durumunda depresyon araştırılmalıdır.

İntihar

Erkek cinsiyet ve ileri yaş intihar için çok iyi bilinen iki risk faktörüdür. Yaşla birlikte intihar girişim oranı giderek azalırken, ölümle sonuçlanan intihar oranı ise artar. Yani yaşlılardaki intihar girişimlerinde ölümle sonuçlanma oranı daha yüksektir. Bir araştırmada intiharların %30'unu toplumun %15'ini oluşturan 65 yaş ve üzerindeki kişilerin gerçekleştirdiği saptanmıştır. Depresyon, intihar girişiminin önemli bir öngörüsüdür. Çeşitli çalışmalar, intihar girişiminden kısa bir süre önce bu kişilerin birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara başvurduğunu göstermektedir; %20'si aynı gün, %40'ı aynı hafta, %70'i ise intihar girişiminden önceki bir ayda bir sağlık kuruluşuna başvurmuş (30). Bu bulgular yaşlı popülasyondaki intihar riskini azaltmak için depresyonun tanınmasının ve hemen tedavi edilmesinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Yaşlı depresif kişilere intihar düşüncelerini sormanın bir tehlikesi yoktur, aksine sormamak tıbbi bir hatadır.

Yaşlılık depresyonlarında tedavi

Yaşlı hastalarda depresyonun tanınmasının yanı sıra antidepresan seçmenin de çeşitli zorlukları vardır. Yaşla birlikte meydana çıkan vücuttaki değişiklikler ilaçların farmakodinamiğini, farmakokinetiğini etkiler. Serebral atrofi, beyaz madde değişiklikleri ve hedef reseptör değişiklikleri de ilaçların etki ve yan etki potansiyellerini değiştirir.

Yaşlılarda psikotrop ilaçların emilimi, taşınması, serbest ilaç miktarları dağılımları, hedef organa varışları ve elimine edilmelerinde önemli değişiklikler olur. Ayrıca hedef organ olarak be-

yinde de nöron kaybı ve sekonder atrofi, reseptör kaybı ve duyarlılığının azalması, biyokimyasal değişimler, beyindeki iskemik alanların miktarı ve yeri gibi bazı özellikler de yaşlılarda etki ve yan etki değişikliklerine yol açar (31,32). Hastanın cinsiyeti, çalışma durumu, ek fiziksel hastalıkları, daha önceki tedavileri veya halen kullandığı psikiyatri dışı ilaçlar, daha önceki hastalık epizodları, doktorun deneyimleri, hastanın doktor deneyimleri, ilaçlara erişme durumu, ilaçları düzenli kullanma alışkanlığı kullanılan ilaçlardan alınabilecek cevapları etkiler.

Majör ve minör depresyon dışında, distimik bozukluk, bipolar I ve II bozukluklar, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk, posttravmatik stres bozukluğu, impuls kontrol bozukluğu gibi endikasyonlarda da yaşlılarda antidepresan ilaçlar kullanılır.

İlaç verilirken şu noktalara dikkat edilmesi gerekir:

- Hastanın karaciğer ve böbrek fonksiyonları bilinmeli, EKG çekilmelidir.
- Ek fiziksel hastalıklar bilinmelidir: Örneğin, Parkinson hastalığı, prostat hipertrofisi ve glokom antidepresanlardan etkilenebilir.
- Hastanın kullandığı ve antidepresanlarla etkileşebilecek ilaçlar bilinmelidir.
- Dahili kontrollere devam edilmelidir (özellikle yemek yemeyen, dehidrate hastalarda).
- İlaç değişikliklerinden haberdar olunmalıdır.
- Müdahim hekimi ile işbirliği yaparak tabloyu ağırlaştırabilecek gerekli olmaya ilaçlar kesilmelidir.
- Antidepresan ilaç endikasyonu doğru olmalıdır: Örneğin, akut yas reaksiyonunda verilmemelidir.
- Mümkün olan düşük dozlarda başlanmalı ve doz kontrollü bir şekilde artırılmalıdır.
- Hasta ve yakını tedavinin olası yan etkileri ve etkinlik profili hakkında bilgilendirilmelidir.
- Birden fazla psikotropaya aynı anda başlamaktan kaçınılmalıdır.
- Terapötik aralığı dar duygudurum düzenleyici-

cilerinin kullanımında (lityum, sodyum valproat, karbamazepin gibi), sık aralıklarla kan düzeyi takip edilmelidir.

- Benzodiazepinleri gerek ek ilaç olarak gerekse tek başına yaşlı hastalara vermekten kaçınılmalıdır (31,33).

Antidepresan ilaç grupları arasında yaşlı hastalarda çok dikkatle kullanılması gerekenler trisiklik ve tetrasiklik antidepresanlardır (TCA). Selektif serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), reversibl MAO inhibitörleri (RİMA) ve ikinci kuşak antidepresanlar (venlafaksin, mirtazepin, trazodon) ise nispeten daha güvenli bir şekilde kullanılabilir (33,34).

TCA ilaçlar arasında amitriptilin, imipramin, maprotilin, klomipramin sayılabilir. Bu ilaçlar iyi birer antidepresif etkinliğe sahip olmalarına rağmen yan etkileri nedeniyle yaşlı hastalarda kullanımda kesinlikle ilk tercih edilecek ilaçlar değildirler. Güçlü sedasyon yapmaları yaşlıda sersemlik, düşme ve kırıklara neden olabilir. Aşırı sedasyona bağlı, beslenme ve hidrasyon bozukluğuna yol açabilirler. TCA'ların güçlü antikolinergik yan etkileri vardır. Bu da kalp debisini azaltarak taşikardiye sebep olabilir. Kalp kontraktilitesini azaltırlar, aritmi ve postüral hipotansiyona yol açarlar. Konfüzyonel durum, ağız kuruması ve buna bağlı diş protezi kullanım zorlukları, üriner retansiyon ve prostat hipertrofi belirtilerini artırması, glokomu kötüleştirme, kabızlık ve buna bağlı sorunları artırması bu ilaçların yaşlılarda kullanımını kısıtlayan diğer etkilerdendir (35,36).

SSRI grubu ilaçlar (fluoksetin, sertralin, fluvoksamin, paroksetin, sitalopram) yaşlı hastalarda güvenli antidepresan yanıt sağlamaları, görece düşük yan etki profilleri ve ilaç etkileşimine daha az girmeleri sebebi ile daha rahat kullanılırlar. Özellikle sertralin ve sitalopram yaşlılarda da en sık çalışılmış olanlardır. Bu ilaçların kardiyak yan etkileri gösterilememiştir ancak bradikinezi, bulantı ve kusma, iştah azalması, uykusuzluk, baş ağrısı, cinsel disfonksiyon ve titreme gi-

bi yan etkiler görülebilir. Yine yaşlı hastalarda fluoksetin gibi bazıları ekstrapiramidal sistem belirtileri ve hiponatremiye neden olabilir (33,36).

Yaşlılarda serotonin ve norepinefrin geri alım inhibitörlerinden (SNRI) mirtazepin, uyku düzenleyici ve iştah açıcı etkileri ile uykusuz, beslenmesi bozulmuş depresyonlarda, venlafaksin anksiyetenin eşlik ettiği veya SSRI'lara yanıtız depresyonlarda kullanılabilir. Trazodon serotonin antagonisti ve geri alım inhibitörü (SARI) bir heterosiklik olup antikolinergik etkinliği düşüktür, sedasyon amacıyla ya da non-psikotik depresyonlarda kullanılabilir.

Antidepresan ilaçların yaşlılarda pratikte sık kullanılan ve önerilen maksimum dozları şöyledir:

- Fluoksetin, 20-40 (80) mg/gün
- Fluvoksamin, 200-300 (450) mg/gün
- Sertralin, 50-150 (200) mg/gün
- Paroksetin, 20-40 (80) mg /gün
- Sitalopram, 20-40 (60) mg/gün
- Mirtazapin, 15-30 (60) mg/gün
- Venlafaksin, 75-225 (375) mg/gün
- Trazodon, 150-250 (600) mg/gün
- Moklobemid, 600-900 (1200) mg/gün

Antidepresan kullanan hastaların yaklaşık %50'sinde remisyon gelişmediği, daha ötesi hastaların 2 yıl sonra bile %20 oranında belirgin semptomatik kaldığı gösterilmiştir. Bugün elimizdeki bilgiler yaşlılıkta majör depresyonun hipertansiyon, diyabet veya artrit gibi kronik bir süreç olarak ele alınması, akut ve idame tedavilerinin etkin bir şekilde planlanması, gözlenmesi ve takip edilmesi gereğini ortaya koymuştur. Yaşlı hastalarda tedaviye dirençten bahsetmeden önce düzenlenen tedavinin uygunluğu ve uygulanabilirliği, hasta uyumunun kontrolü, alta yatan ek her türlü hastalığın gözden geçirilmesi gerekir.

Yaşlılık depresyonunun tedavisinde ilk seçilecek antidepresifler SSRI'lardır. Ancak bu oral teda-

vilere yanıt alınmadığında augmentasyon tedavileri gündeme gelir. Bu durumdaki farklı ilaç kombinasyonları (anksiyolitik, TCA veya düşük doz nöroleptik eklenmesi), mood stabilizatörlerinin eklenmesi, elektrokonvülfiz tedavi, tiroid hormonu augmentasyonu, psikostimülan kullanımı ve psikoterapiden yararlanılabilir. Bu seçeneklerin geropsikiyatri uzmanlarınca ya da konuda deneyimli psikiyatristlerce uygulanması daha doğrudur.

Yaşlılıkta depresyonun tanınması ve uygun tedavi edilmesi hem hastanın hem de hasta yakınlarının iyilik halini ve yaşam kalitesini artırır, dahili hastalıkların ortaya çıkışını ve kötüleşmesini azaltır. Yaşlılık depresyonunun özellikle birinci basamakta tanınması ve gerekli tedavinin işbirliği içinde yapılması gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Consensus statement. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1997, 278:1186-90.
2. Chiu E, Ames D, Draper B, Snowdon J. Depressive disorders in the elderly: a review. In: Maj M, Sartorius N, editors. *Depressive Disorders*. John Wiley & Sons Ltd., 1999:313-63.
3. Bekaroğlu M, Uluutku N, ve ark. Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991, 84:174-8.
4. Önal AE, Tümerdem Y, Arı D. Prevalence of depressive symptoms among elderly people. *Med Bull Istanbul* 2001, 34:2.
5. Kulaksızoğlu IB, Gurvit H, Polat A, et al. Unrecognized depression in community-dwelling elderly in Istanbul. *Int Psychogeriatrics (Baskıda)*.
6. Blazer D, Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. *Am J Psychiat* 1980, 137:439-44.
7. Blazer D, Hughes DC, George LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. *Gerontologist* 1987, 27:281-7.
8. Kivela SL, Palskala K, Eronen P. Depressive symptoms and signs that differentiate major and atypical depression from dysthymic disorder in elderly Finns. *Int J Geriatr Psychiatry* 1989, 4:79-85.
9. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, et al. Depression in late life: the use of clinical characteristics to focus screening efforts. *J Gerontol* 1994, 9:M9-14.
10. George LK, Blazer DG, Broadhead WE. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA* 1990, 177:2642-67.
11. Remick RA, Sadovnick AD, Lam RW, Zis AP, Yee IM. Major depression, minor depression, and double depression: are they distinct clinical entities? *Am J Med Genet* 1996, 67:347-53.
12. Wells KB, Stewart A. The functioning and well-being of depressed patients: Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 1989, 262 (7):914-9.
13. Lyness JM, King DA, Cox C, et al. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: Prevalence and associated functional disability. *J Am Geriatr Soc* 1999, 47:647-52.
14. Ernst C, Angst J. Depression in old age. Is there a real decrease in prevalence? A review. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1995, 45:272-87.
15. Newmann JP. Aging and depression. *Psychol Aging* 1989, 4:150-65.
16. Zisook S, Downs NS. Diagnosis and treatment of depression in late life. *J Clin Psychiatry* 1998, 59 (suppl 4):80-91.
17. Zisook S, Shuchter SR. Major depression associated with widowhood. *Am J Geriatr Psychiatry* 1993, 147:316-26.
18. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement: prospective study of 95647 widowed persons. *Am J Psychiatry* 1987, 77:282-7.
19. Barry KL, Fleming MF, Manwell LB, Copeland LA, Appel S. Prevalence of and factors associated with current and lifetime depression in older adult primary care patients. *Fam Med* 1998, May 30(5):366-71.
20. Steffens DC, Hays JC, George LK, et al. Sociodemographic and clinical correlates of number of previous depressive episodes in the depressed elderly. *J Affect Disord* 1996; 52:99-106.
21. Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Depression in elderly hospitalized patients with a medical illness. *Arch Intern Med* 1989, 148:1929-36.
22. O'Riordan TG, Hayes JP, Shelley R, et al. The prevalence of depression in an acute geriatric medical assessment unit. *Int J Geriatr Psychiatry* 1989, 4:17-21.
23. Fenton FR, Cole MG, Engelsman N, Mansouri I. Depression in older medical inpatients. *Int J Geriatr Psychiatry* 1994, 9:279-84.
24. Baldwin RC, Tomenson B. Depression in late life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *Br J Psychiatry* 1995, 167:649-52.
25. Lynch TR, Mendelson T, Robins JC, et al. Perceived social support among depressed elderly, middle

- aged, and young adult samples: cross-sectional and longitudinal analyses. *J Affect Disord* 1999, 55:1570.
26. Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1989, 146:577-87.
27. Krishnan KR, Hays JC, Blazer DG. MRI-defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997, 154:497-501.
28. Costa PT, McGee RR. Somatic complaints in males as a function of age and neuroticism, a longitudinal study. *J Behav Med* 1980, 3:245-57.
29. Dealarcon R. Hypochondriasis and depression in the aged. *Gerontol Clin* 1964, 6:266-77.
30. Conwell, Y. Suicide in elderly patients. In: Schneider, LS, Reynolds CF III, Lebowitz, BD, Friedhoff AJ, editors. *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life*. Washington DC: American Psychiatric Press, 1994:397-418.
31. Abernathy DR. Psychotropic drugs and the aging process: pharmacokinetics and pharmacodynamics. In: Salzman C, editor. *Clinical Geriatric Psychiatry*. Baltimore MD: Williams&Wilkins, 1992:61-76.
32. Gottfries CG, Hesse C. Pharmacotherapy in psychogeriatrics: an update, in clinical and Scientific Psychogeriatrics. In: Bergener M, Finkel SI, editors. *Psychiatry and Neurology*. New York:Springer, 1990:288-313.
33. Alexopoulos GS. Treatment of depression. In: Salzman C, editor. *Clinical Geriatric Psychiatry*. Baltimore MD: Williams& Wilkins, 1992:137-74.
34. Bressler R, Katz MD. Drug therapy for geriatric depression. *Drugs Aging* 1993, 3:195-219.
35. Flint AJ. Recent developments in geriatric psychopharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 1994, 39 (Suppl 1): S9-S18.
36. Herrman N, Brenner KE, Naranjo CA. Pharmacotherapy of late life mood disorders. *Clin Neurosci* 1997, 4:41-7.