

İleri yaşlarda görülen psikotik bozukluklar

Çiçek HOCAOĞLU¹

ÖZET

Yaşlı nüfusun toplum içindeki oranının giderek artıyor olması, kaçınılmaz bir şekilde yaşlılık sorunlarını öne çıkarmaktadır. Hiç kuşku yok ki, yaşlılık dönemi sorunları arasında ruhsal bozukluklar önemli bir yer tutmaktadır. Sayıları giderek artan psikotik bozukluklu yaşlılara uygun sağlık bakımı vermek özel önem gerektirir. Yaşlılar yalnız yaşama ve sosyal destekten yoksun olma gibi nedenlerle psikiyatrik bakımdan yeteri kadar yararlanmayabilir. Bu nedenle yaşlı insanların yaşam kalitesini olumsuz etkileyen psikotik bozuklukların ayrıca ele alınması ve farklı tedavi yaklaşımları içinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla konu ile ilgili çalışmalar gözden geçirilmiştir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2(2):106-115)

Anahtar sözcükler: Psikotik bozukluk, yaşlılık dönemi

Psychotic disorders in elderly period

SUMMARY

The increasing number of elderly people in the society inevitably draws attention to aging problems. It is certain that psychological disorders are one of the most important problems of senior people. It is necessary to render appropriate health care for the growing number of elderly people with psychotic disorders; but, unfortunately, psychiatric health care is not always available for elderly people since they live alone or lack of social support. Therefore, it is important to handle carefully the psychotic diseases affecting the life quality of elderly people and evaluate their disorders with different therapeutic approaches. Accordingly, the related studies have been revised. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2001; 2(2):106-115)

Key words: Psychotic disorders, elderly period

Giriş

Sayıları giderek artan yaşlı şizofrenlere uygun sağlık bakımı vermek özel önem gerektirir. Bu hastalar genellikle yalnız yaşarlar ve sosyal destekten yoksundurlar.

Bu nedenle de psikiyatrik bakımdan yeteri kadar yararlanmayabilirler. Yaşlı şizofrenlerde, psikiyatrik hastalıklara ilişkin tanı ölçütleri yetersizliklerinin yanı sıra tanı ve tedaviyi güçleştirebilen tıbbi ve nörolojik bir hastalık

olma olasılığının da daha fazla olduğu, bu güne kadarki çok sayıda çalışmada vurgulanmıştır.^{1,5} Bu durumda yaşlı hastalara özgü farklı tanı sınıflamalarına ve farklı tedavi yaklaşımlarına gereksinim duyulacağı çok açıktır.

İleri yaşlarda başlayan şizofreni

Orta yaş ya da daha ileri yaşlarda başlayan şizofreni olgularının varlığı bilim adamlarının uzun bir süredir dikkatini çekmekteydi. Ancak

¹ Öğr.Gör.Dr., KTÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, TRABZON
Dr. Çiçek HOCAOĞLU, KTÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, TRABZON

bu konu ile ilgili çalışmaların çok kısıtlı olması ve hastalığın daha çok ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan yeti kaybı ile ilişkilendirilmesi hastalığın tanısı konusunda güçlükler yaratıyordu. Son yıllarda ise, Geriyatrik Psikiyatri'nin bu konu üzerine eğilmesi, geç başlangıçlı şizofreni ve sanrısız bozukluklu olguların daha iyi tanınmasına neden olmuştur.⁶

Tarihçe

Orta yaş ya da daha ileri yaşlarda başlayan duygudurum bozukluğu, mental bozukluk veya genel tıbbi bir soruna bağlı olmayan psikotik semptomlarla birlikte olan psikotik bozukluklar; paraphrenia, paranoya, geç şizofreni, geç paraphrenia, envolüsyonel psikotik reaksiyon gibi deyimlerle adlandırılmışlardır.⁷ Small'un bildirdiğine göre tarihsel açıdan bakıldığında 'paraphrenia' deyimini Kraepelin (1921) duygulanım farklılığı olan kronik ve çoğunluğu kadın bir grup dementia preacox'lu hastayı diğerlerinden ayırmak için kullanmıştır. Kraepelin'in tanımladığı 'paranoia' deyimini ise kronik, sistematik sanrıları olan ve çoğunlukla varsanıların eşlik etmediği hastalar için kullanılmıştır. Small'un bildirdiğine göre, Bleuler (1943) 40 yaşından sonra başlayan ve erken başlangıçlı şizofreni ile benzer semptomları olan geç başlangıçlı şizofreniden söz etmiştir. İlk kez DSM-I'de envolüsyonel psikotik reaksiyon kategorisi içinde ilerleyen yaşla birlikte ortaya çıkan psikotik bozukluklardan bahsedilmiştir. Yine Small'un bildirdiğine göre, Roth (1955) ve arkadaşları ise, 60 yaş ve sonrasında başlayan psikotik bozuklukları 'geç paraphrenia' olarak adlandırmışlardır. Bu tanımlamayı yaparken birincil hastalığı duygudurum bozukluğu, demans ya da konfüzyonu olan hastaları dışlamışlardır. 'Geç paraphrenia'li hastaların durumlarını 3 grupta değerlendirmişlerdir:

1. Hastalık belirtileri uzun yıllardır devam eden bir kişilik bozukluğuna ait farklı görünümlerdir.
2. Sanrılar önemli bir yaşam olayı ya da stresör faktör neticesi ortaya çıkmışlardır.
3. Bütün bunların dışında (hastada bir kişilik bozukluğu ya da önemli bir stresör faktör yokken) endojen parahrenia durumu mevcuttur.

Small'un bildirdiğine göre, Leonhard (1960) ve diğer Alman hekimler ise paraphrenia deyimini tüm (geç ve erken başlangıçlı) paranoid

şizofrenili hastalar için kullanmışlardır. Aynı kaynakta Post (1966) duygudurum bozukluğu ile ilgisi olmayan 50 yaşından sonra başlayan paranoid bozukluklu olguları 3 grupta sınıflandırmıştır:

1. Perseküsyon sanrıları ile ilişkili işitsel varsanıların dışında psikotik bulgusu olmayan paranoid halüsinosis olguları,
2. Şizofreniform sendrom: Bu olgulardaki paranoid semptomlar tanı ölçütlerini tam olarak karşılamamaktadır.
3. Şizofrenik sendrom: Bu gruptaki olgular Schneider'in birinci sıra belirtilerini karşılamaktadırlar.

DSM-III'de ise ilerleyen yaşla ortaya çıkan sanrısız durum ile ilgili olarak 'envolüsyonel period' deyimini kullanılmıştır.⁷ Burada envolüsyonel period tanısı için özel bir yaş verilmemiş olup DSM-III'te şizofreniye özgü tanı koydurucu belirtilerin 45 yaşından önce başladığı belirtilmiştir. DSM-III'ün bir başka özelliği, dirençli perseküsyon sanrıları olan, varsanıların eşlik etmediği paranoid bozukluklu hastaların şizofreni içinde sınıflandırılmış olmalarıdır. Gözden geçirilerek yeniden düzenlenen DSM-III-R'de ise bu durum ele alınmış ve geç başlangıçlı şizofreninin 45 yaşından sonra başlayabileceği belirtilmiştir. Ayrıca delüzyonel (paranoid) bozukluk da şizofreniden farklı olarak sınıflanarak, en az 1 ay süren bizar olmayan, varsanıların çok belirgin olmadığı ve 5 ayrı tip sanrının (erotomanik, grandiyöz, kıskançlık, somatik, persekütuar ve belirlenememiş) eşlik ettiği bir klinik durum olarak tanımlanmıştır. DSM-IV'e gelince ne erken başlangıçlı, ne de geç başlangıçlı şizofreni için tanısız değeri olan bir yaş belirtilmemiştir; çünkü geç başlangıçlı şizofreninin prodromal dönemine ait belirtilerin 45 yaşından önce başlayıp başlamadığı konusundaki tartışmalar halen devam etmektedir. Bütün bunlara rağmen son zamanlarda geç başlangıçlı şizofreninin hem klinik, hem de henüz tam kesinlik kazanmayan çok önemli nörobiyolojik değişikliklerin yaşandığı, prodromal dönem de dahil olmak üzere semptomların 45 yaşın üzerinde başladığı, şizofreni ölçütlerini karşılayan bir bozukluk olduğu görüşü kabul görmektedir.^{8,9} DSM-IV'teki sanrısız bozukluk ise DSM-III-R'deki gibi tanımlanmıştır. Böylece geç

başlangıçlı şizofreni ve sanrısız bozukluklu hastaların diğer hastalardan ayırıcı tanımlarının yapılabilmesi için farklı tanı ölçütlerine gereksinim duyulduğu söylenebilir. Bu konu ile ilgili daha fazla ve geniş çapta yapılacak çalışmalar sonucunda tanı ölçütleri kesinlik kazanacaktır.

Epidemiyoloji

İleri yaşta erken başlangıçlı şizofreninin prevalansı 65 yaş üzerindeki ABD nüfusunun %0.1-1.1'i arasında olduğu tahmin edilmektedir.^{7,10} Tran-Johnson'un bildirdiğine göre, Cohen (1990) genel psikiyatri hastanelerine yatırılarak tedavi edilmesi gereken yaşlı hastaların %35'inin, bakımevine yatırılanların ise %12'sinin şizofren olduğunu saptamıştır. Geç başlangıçlı şizofreninin prevalansı ise tam olarak bilinmemektedir.¹⁰ Yine Tran-Johnson'un bildirdiğine göre, Harris (1988) tarafından yapılan geniş çaptaki bir çalışmada 40 yaşından sonra başlayan geç başlangıçlı şizofreninin tüm şizofreni olgularının %23'ünü, yaşamın 5. dekatında başlayanların %13'ünü, 6. dekatında başlayanların %7'sini ve daha sonraki dekatlarda başlayanların ise %3'ünü oluşturduğu rapor edilmiştir. 1994'deki bir çalışmada ise ayaktan ve yatarak tedavi gören şizofrenisi olan hastaların 28'inde hastalığın 44 yaşından, %12'sinde 64 yaşından sonra başladığı belirtilmiştir.¹¹ Bu güne kadar olan çalışmalarda geç başlangıçlı şizofreninin 15-34 yaşları arasındaki erken başlangıçlı şizofreninin aksine, kadınlarda daha fazla görüldüğünü ortaya çıkarmıştır.^{11,12} Bu çalışmalardan elde edilen bir diğer sonuçta; geç başlangıçlı şizofrenisi olan olguların çoğunun evli ya da geçmişinde evlilik öyküsü olan kişiler olup, hastalık öncesi iyi bir işinin olduğu veya iyi bir ev hanımı olduğu anlaşılmaktadır.^{7,9,10,12} Bugün kabul edilen bir diğer görüş ise, geç başlangıçlı şizofreninin genel popülasyonda sanıldığından daha fazla görüldüğüdür.^{13,14}

Etiyoloji

Geç başlangıçlı şizofreninin etiyojisini açıklamak için çeşitli görüşler ileri sürülmüştür. Bu görüşler şizofreninin etiyojisini ile paralellik göstermektedir. Bununla birlikte şizofreni için risk faktörleri, fonksiyonlardaki değişikliklerle, şizofreni başlangıcı arasındaki ilişki çok açık değildir. Bugün bilinen premorbid kişilik yapısı (paranoid ve şizoid) ile geç başlangıçlı şizofreni

tanısı arasında ilişki olduğudur.¹⁵ Yine bazı çalışmalarda geç başlangıçlı şizofreni ile görme ve işitme duyularında ilerleyen yaşla birlikte meydana gelen kayıplar arasında bir ilişki olabileceğine işaret edilmiştir.¹³ Ancak bu durum duyusal alandaki defektlerin şizofreni için bir risk olduğu anlamına gelmemektedir. Son yıllarda bu konu ile ilgili çalışmalarda beyin görüntüleme yöntemlerine ağırlık verilmiştir. CT'de daha çok nonspesifik yapısal değişiklikler (serebral atrofi, ventriküler genişleme) ile bu yaş hasta grubu için kardiyovasküler risk faktörleri ve infarktüs prevalansının yüksek oluşu ve bazal ganglionlarda kalsifikasyonlar dikkati çekmiştir. MRI'da geç başlangıçlı şizofrenisi olan hastalarda nonspesifik beyin yapısal hasarı, infarktüs ve derin beyaz cevher değişiklikleri gösterilmiştir. Bütün bu yapısal değişikliklere ait lezyonlar çoğunlukla frontal lopta saptanmıştır.^{7,8}

Tanı ve klinik görünüm

Geç başlangıçlı şizofrenili hastalardaki semptomlar erken başlangıçlı şizofrenisi olan (özellikle paranoid tip) hastalardakine benzerdir. Erken (44 yaş ve öncesi) ile geç (45 yaş ve sonrası) başlangıçlı iki geniş karşılaştırma grubu ile yapılan çalışmanın sonucunda hastalarda sanrı, referans fikirleri, bizar sanrı prevalansı ya da içgörü kaybı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.¹³ Geç başlangıçlı şizofrenide daha çok perseküsyon sanrı tipi hakimdir. Hastaların 2/3'ünde sanrılar bizardır. Hastaların çoğunluğunda işitsel varsanılar mevcuttur.¹⁵

Ayırıcı tanı

Ayırıcı tanıda şu hastalıklar dikkate alınmalıdır:

1. Erken başlangıçlı şizofreni
2. Duygudurum bozuklukları
3. Sanrısız bozukluk
4. Genel tıbbi durumun yol açtığı psikotik bozukluk
5. Kongnitif bozukluklarla birlikte görülen psikoz

Erken başlangıçlı şizofreniden ayırtmak oldukça zordur. Çünkü şizofrenisi olan çok sayıda hastada başlangıç semptomları çok iyi tanınmayabilir ya da premorbid kişilik yapısı nedeni ile prodromal semptomları ayırtmak

güç olabilir. Bazı araştırmacılar ise geç başlangıçlı şizofreniyi erken başlangıçlı şizofreniden uygunsuz affekt ve negatif semptomların daha az olması ile ayırdetmektedirler.^{16,17}

Duygudurum bozuklukları: Bazı olgularda major depressif bozukluk ve bipolar bozukluk 45 yaşından sonra başlayabilmektedir. Her iki duygudurum bozukluğu da sanrı ve varsanılar gibi psikotik semptomlar gösterebilmektedir. Psikotik semptomların eşlik ettiği bu olguları şizofreniden ayırdetmek her zaman kolay olmayabilir.¹⁸ Dikkatli bir psikiyatrik öykü ile duygudurum bozukluğuna ait diğer semptomlar (örneğin, son nöbete ilişkin duygudurum semptomları gibi) bu iki klinik durumu birbirinden ayırdetmeye yardımcı olabilir. Buna ek olarak aile öyküsünün oluşu tanı koymada yardımcı olabilir, ancak bu durum kesin tanı için şart değildir.

Sanrısız bozukluk: Çok fazla fonksiyonel yıkımın eşlik etmemesi, varsanıların çok sık görülmemesi ve bizar olmayan sanrıların (gerçek yaşamda görülebilecek türden, örneğin, izleniyor olma, zehirleniyor olma, hastalık bulaştırılma, uzaktan seviliyor olma, eşi ya da sevgilisi tarafından aldatılıyor olma gibi sanrılar) olması ile şizofreniden ayrılmaktadır.

Psikotik semptomlarla ilişkili kognitif bozukluklar ve madde kullanımına bağlı gelişen psikotik semptomların ayırıcı tanısında ise; eğer hasta 45 yaş ve sonrasındaki -özellikle 60'lı yaşlar- dönemde bu tür yakınmalarla geldiğinde dikkatli bir anamnez, genel fizik muayene ve nörolojik muayene, gereken tıbbi testler uygulanmalıdır. Demans yaşlı kişileri en fazla etkileyen durumlardan biri olup, demanslı olguların 1/3'ünde Alzheimer tipi demans mevcuttur.⁷ Bu tür demanslarda başlangıçta psikotik semptomların öncülük ettiği unutulmalıdır. Alkole bağlı ilerleyen demans, vasküler demans gibi diğer demans tipleri de muayene sırasında tanınmalıdır. Yine muayene sırasında hastanın kullandığı reçeteler -ki, bunlardan suistimali yapılabilen ilaçlar ve diğer maddeler- incelenerek dikkate alınmalıdır.

Prognoz

Geç başlangıçlı şizofreni kronik seyirli, zaman zaman remisyon ve alevlenmelerin yaşandığı bir hastalıktır. Prognozu erken başlangıçlı

şizofreni ile benzerdir. Tam bir düzelme mevcut değildir. Genel popülasyona göre geç başlangıçlı şizofrenisi olanlarda intihar riski daha yüksektir.^{19,20}

Tedavi

Geç başlangıçlı şizofreninin sistematik tedavisi ile ilgili çalışmalar henüz çok sınırlıdır.²¹ Ancak şimdiye kadar olan çift kör ve plasebo kontrollü çalışmalarda erken başlangıçlı şizofrenili hastalara göre daha düşük doz antipsikotik tedavi ile geç başlangıçlı şizofrenisi olan hastalarda iyi sonuçlar alındığı bildirilmiştir.²² Düşük doz antipsikotik ilaç kullanılmasının nedeni yaşlı şizofren hastalardaki ilacın farmakokinetik ve farmakodinamik etkilerinden dolayıdır. Bazı çalışmalarda aynı doz antipsikotik ilaç alan hastalarda yaşlı olan grupta, genç olan gruba göre daha yüksek ilaç kan düzeyleri elde edildiği belirtilmiştir. Yine yaşlı hastalar antipsikotik ilaçların yan etkilerine genç hastalara göre daha duyarlıdır.¹⁰ Yaşlı hastalarda sorun olan ve sıklıkla görülen yan etkiler; sedasyon, ortostatik hipotansiyon ve EPS bulgularıdır. Ortostatik hipotansiyon ve konfüzyona bağlı olabilecek düşmeler sonucunda ortaya çıkabilen kırıklar ciddi sağlık sorunlarının yanı sıra, ölüme de sebebiyet verebilir. Benzer şekilde antipsikotik tedaviye bağlı tardif diskinezi yaşlı hastalarda daha fazla ortaya çıkabilmektedir. Yüksek dozlarda belirgin olmak üzere antipsikotik tedavi uygulanan yaşlı hastalarda otonomik yan etkiler görülebilir. Bu yan etkiler mesane, GIS ve KVS gibi otonomik sistem ile innerve edilen organların dengesinin bozulması ile ilgilidir. Yaşlı bir şizofren hastada antipsikotik ilaç tercihi yapılırken, hastanın geçmiş yanıt ve yan etki tolerans öyküsü ile birlikteki fiziksel hastalık, diğer ilaçlar ve özel yan etkileri dikkate alınmalıdır. Ortostatik hipotansiyon ve sedatif etkilerinin yüksek olmasından dolayı klorpromazin ve tiyoridazin gibi düşük potanslı antipsikotiklerin yaşlı hastalarda yüksek dozlarda kullanımları sınırlıdır. Bu nedenle yaşlı hastalardaki psikotik bozuklukların tedavisinde yüksek potanslı düşük dozlarda kullanılan ilaçlar daha fazla tercih edilmektedir. Düşük doz uygulaması ile olası EPS bulguları da en aza indirilmektedir. En çok tercih edilen yüksek potanslı ilaçlardan olan haloperidolun yaşlı hastalar için tipik başlangıç dozu 0,5-2 mg/gün-

dür. Günlük doz, istenilen klinik yanıtı erişilene ya da tolere edilemeyen yan etkiler ortaya çıkana kadar yavaş yavaş artırılmalıdır. İstenilen yanıt düzeyine erişildiğinde, hekim yaşlı hastada minimal etkin dozu devam ettirmek üzere dozu yavaşça azaltmalıdır. İdame tedavisinde gençlerde kullanılan dozların 1/2'si efektif olabilmektedir. Son yıllarda ise atipik antipsikotik ilaçların yaşlı hastalarda klasik antipsikotik ilaçlara göre yan etkiler açısından daha güvenilir olduğu, daha iyi tolere edilebildiği ve diğer yaş gruplarındaki hastalara göre daha düşük dozlarda kullanılabilmesine ilişkin çalışmalar dikkat çekmektedir.^{23,24} Tablo1'de bazı antipsikotik ilaçların geriyatrik dozları gösterilmiştir.

Tablo 1. Antipsikotik ilaçların geriyatrik dozları

İlaç	Günlük doz mg/gün
Klorpromazin	30 - 300
Trifluperazin	1 - 15
Flufenazin	1 - 10
Thioridazin	25 - 30
Mezoridazin	50 - 400
Thiotiksen	2 - 20
Loksapin	50 - 250
Molindon	50 - 225
Haloperidol	2 - 20
Zuklopentiksol	5 - 30

Psikososyal tedavi yöntemleri de, geç başlangıçlı şizofrenili olguların tedavisinde vazgeçilmez bir bölümü oluşturmaktadırlar. Hasta ile hekim arasındaki iyi bir terapötik ilişki tedaviyi etkileyen en önemli unsurdur.²⁵⁻²⁷ Terapist hastaya esnek bir tutumla yaklaşmalı, sinirli olmamalı ve hastayı yargılamaktan kaçınmalıdır. Hastanın sanırsal sistemini anlamaya çalışarak, empatik süreci başlatmalıdır. Klinisyen hastayı tanımaya çalışırken, onun yakın ilişkide olduğu aile bireyleri, koruma evi çalışanları, arkadaşları, komşuları, iş arkadaşları, üyesi olduğu dernek ya da dini topluluk üyeleri ve diğerleri ile görüşerek onları da tedavi planına dahil ederek işbirliğini sağlamalıdır. Tedavi daha çok hastanın bulunduğu çevre içinde gerçekleştirilmeli, yasal sorunlar gibi acil

durumlar dışında hastaneye yatırarak tedavi etme yolu tercih edilmemelidir. Tedavi uzun sürdüğü için terapist hastanın içinde bulunduğu sosyal şartları da değerlendirebilmeli, yaşlı hastanın tedavisi sırasında ortaya çıkabilecek (ekonomik, medikal, beslenme, tıbbi merkeze ulaşımı) konusundaki sorunlara çözüm konusunda yardımcı olabilmelidir.

İleri yaşlarda görülen sanırsal bozukluk

Epidemiyoloji

Çalışmalarda yaşlı psikiyatrik hastaların %2-8'inin bazı paranoid semptomlar taşıdıkları belirtilmektedir.¹⁵ Ancak bu oranlar kimi zaman değişebilmektedir. Örneğin, bir çalışmada DSM-III-R tanı kriterlerini tam olarak karşılayan sanırsal bozukluk oranının yaşlı hastalarda %2, bir başka çalışmada ise %13 olduğu rapor edilmiştir.^{21,28} DSM-IV tanı kriterlerine göre toplumda sanırsal bozukluk oranı %0.03 olarak verilmektedir. Sanırsal bozukluk genç yaşlarda ortaya çıkabilirse de, genellikle başlangıç yaşı orta yaş ya da daha geç yaşlardır; ancak geriyatrik periodun herhangi bir döneminde de ortaya çıkabileceği bilinmektedir.⁷ Başlangıç yaşı olarak erkeklerde 40-49 yaşları, kadınlarda ise 60-69 yaşları verilmektedir. Sanırsal bozukluk prevalansı erkeklere göre kadınlarda daha yüksektir.^{12,28}

Etyoloji

Bu güne kadar sanırsal bozukluğun etiyolojisi ile ilgili pek çok faktör sunulmuştur. Bunlar: Ailede şizofreni öyküsü, premorbid kişilik yapısı olarak kolay örselenebilir yapı, çekingen, paranoid, şizoid kişilik yapısının oluşu, görme ya da işitme azlığı, cerrahi ve medikal hastalıklara bağlı zayıflıklar, sosyoekonomik yapıda olan olumsuz değişikliklerdir (işsizlik, iflas etme, mali konulardaki sorunlar, emeklilik, eşin ölümü, sosyal izolasyon).^{7,28} Ancak bütün bu faktörlerin hastalığın oluşmasındaki kesin rollerinin ortaya çıkarılması için daha geniş çaptaki çalışmalara gereksinim vardır. Çünkü bu faktörlerin hiçbirinin olmadığı durumlarda da hastalık ortaya çıkabilmektedir. Psikodinamik açıdan bakıldığında ise sanırsal bir savunma mekanizması olan projeksiyonun kullanımı sonucu ortaya çıkmaktadır.

Tanı ve klinik görünüm

Yaşlı hastalardaki perseküsyon, somatik ya da erotomanik sanrılar genellikle bir başka nöropsikiyatrik bozukluğa (örneğin, şizofreni, duygudurum bozuklukları, demans ya da diğer tıbbi durumlar) bağlı olarak ortaya çıkabilirler.^{2,4,7} Bununla birlikte bunların dışında yaşlılarda primer olarak ortaya çıkabilen sanrısalsal durum da tanımlanmıştır. Ancak tıpkı geç başlangıçlı şizofrenide olduğu gibi tanı ölçütleri açısından henüz bir anlaşma sağlanabilmiş değildir. Klinik görünüm olarak dirençli bizar olmayan sanrılarının olduğu, varsanılarının çok fazla görülmediği bir hastalık tablosu tanımlanmaktadır. Sanrılarının çok değişik formlarının olmasına karşın, perseküsyon sanrıları çok yaygındır. Yaşlı hastanın gözetleniyor olma, izlenme, zehirlenme, değişik şekillerde rahatsız edilme şeklinde sanrıları vardır. Sanrısalsal bozukluğu olan hastalar sanrıları nedeni ile kendilerini savunma durumuna geçebilirler ve zaman zaman saldırgan davranışlarda bulunabilirler. Bazı hastalar ise yalnız başlarına bir odaya kapanarak insanlardan uzak bir şekilde yaşamlarını sürdürme çabasına girebilirler. Yine ölümcül bir hastalığı olma şeklindeki somatik sanrılara da yaşlı hastalarda sıklıkla rastlanır.

Ayrırcı Tanı

Geç başlangıçlı şizofrenide olduğu gibidir. Pek çok hastada geç başlangıçlı şizofreni ile geç başlangıçlı sanrısalsal bozukluğu ayırt etmek her zaman olası olmayabilir.

Prognoz

Hastalık kronik seyirli olup, zaman zaman remisyon ve relaps dönemlerinin eşlik edebildiği bilinmektedir. Hastalığın prognozu ile ilgili bilgiler henüz çok yetersizdir; ancak bu güne kadar yapılan çalışmalar hastalık ile ilgili tam iyileşme oranının çok düşük olduğunu ortaya çıkarmıştır.^{7,15}

Tedavi

Geç başlangıçlı sanrısalsal bozukluğun tedavisinde antipsikotikler oldukça etkilidir. Özellikle ajite sanrısalsal bozukluğu olan hastalarda endikedir. Yaşlı hastaların bu tür ilaçlarla tedavisinde dikkatli olunmalıdır. Bazı hastaların antipsikotik ilaç tedavisine dirençli olabileceği de unutulmamalıdır. Bu tür tedavi uygulama-

larında karşılaşılan en önemli sorunlardan biri hastaların tedavi uyumsuzluğu, ilaç kullanmak istememeleri ve bu nedenle günlük oral tedavi uygulamasına alternatif olarak parenteral depo antipsikotiklerin uygulanmak zorunda kalınıştır. Tedavi açısından karşılaşılan bir diğer zorluk ise, hastaların tedaviyi uzun süre devam ettirmeyip, kısa sürede tedaviyi terk etmeleridir. İlaç seçimi ve dozları geç başlangıçlı şizofrenide olduğu gibidir.^{10,22}

Geç başlangıçlı mani*Tanı ve Sınıflandırma*

Manik durumlar ve başlangıç yaşı ile ilgili tartışmalar, olgu sunumlarında, karışık yaştaki hastaların sistemik literatüründe ve sınırlı geri-yatrik literatürde mevcuttur.^{29,30} Karışık yaştaki hastalardaki çalışmalarda geç başlangıç, genellikle örnek içindeki dağılım kullanılarak tanımlanır, bu da geriatrik hastalara genelleştirmeyi güçleştirir. Son dönemlerdeki çalışmalarda geri-yatrik hastalardaki geç başlangıçlı manisi olanlar ile aynı yaştaki erken başlangıçlı manisi olanlar karşılaştırılmaktadır.³¹⁻³³ İleri yaşlarda ilk kez ortaya çıkan manik durumlar, semptom ve bulguları açısından genç erişkinlerdekine benzer şekilde yükselmiş ve irritabl duygulanım, uyku ihtiyacında azalma, çılgınlık ve impulsif davranışları içerir.

Epidemiyoloji

Yaşlanma ile mani insidansının arttığı, azaldığı ya da değişmediği kesin olarak bilinmemektedir. Young'un bildirdiğine göre, Wertham (1979) 2000 olguyu taramış ve 50 yaşından sonra mani nedeni ile ilk kez hastaneye başvuruların azaldığı sonucuna varmıştır. Aynı kaynakta -bu bilgiye ve kendi verilerine dayanarak Clayton (1981), yaşlanma ile mani riskinin azaldığına, en azından artmadığına dikkati çekmiştir. Bu durum yine Young'un bildirdiğine göre, Loranger ve Levine'in (1978) yatan hastalardaki retrospektif çalışmaları ile uyumludur; ancak bu araştırmacılar, affektif bozukluğa neden olabileceği düşünülen medikal hastalığı olan belirsiz sayıdaki hastayı çalışmalarına almamışlardır. Bütün bunların aksine aynı kaynakta, 2 yıllık sürede, İngiltere ve Galler'de Ulusal Sağlık Servisi psikiyatri hastanelerine yapılan tüm başvurular içinde

Spicer (1973) ve arkadaşları, 60 yaş üzerindeki erkeklerde ilk manik başvuru sayısının arttığını bildirmişlerdir. Bulguları, İskoçya hastanelerine manik ilk başvuruların erkeklerde daha fazla olmak üzere her iki cinste de yaşla birlikte arttığını gösteren Eagles ve Whalley'in (1985) daha yeni bir çalışması ile uyumludur.²⁹ Bu artış 70 yaş üzerinde de devam etmektedir. Bu çalışmalar, tedavi altındaki hastaları içermektedir. Genel nüfustaki sıklıkla ilgili veri yoktur. Çalışmalardan elde edilen bir diğer sonuç da geriyatrik manik hastalarda, ilk manik atağın başlangıç yaşının belirgin düzeyde ileri olduğudur. Çünkü pek çok retrospektif ve prospektif çalışmada başlangıç yaşları 50-60 arasında gösterilmiştir.²⁹⁻³⁰

Etiyoloji

Geç başlangıçlı manide ailesel ve/veya genetik faktörlerin dağılımı değişebilir. Çoğu araştırmacı, major depresyonda olduğu gibi, geç başlangıçlı bipolar bozukluğu olanların akrabalarında duygudurum bozukluğu oranının, erken başlangıçlı olanların akrabalarına göre düşük olduğunu bulmuşlardır.^{30,31} Bu sonuç hem karışık-yaşlı, hem de geriyatrik örneklerde gösterilmiştir.²⁹ Young'un bildirdiğine göre, Krauthammer ve Klerman (1978) birçok hastalık ve ilaç tedavisi türü ile ilişkili manik durumların, 40 yaş üzerinde başladığını gözlemlemişlerdir. Bu tür olgular, idiyopatik olguların anlaşılması için olası bir model oluşturmaktadır. Young'un bildirdiğine göre, Shulman ve Post (1980), geriyatrik yaş grubunda başlayan manik durumların özellikle erkeklerde herhangi bir beyin hastalığının klinik belirtisi olduğunu bildirmişlerdir. Aynı kaynakta Stone'nun (1989) gerçekleştirdiği başka bir retrospektif çalışmada, hastanede yatan 92 yaşlı manik hastadan 22'sinde, organik serebral bozukluk belirtileri olduğuna dikkat çekilmiştir. Manik semptomlar, serebrovasküler hastalık veya diğer fokal beyin lezyonlarının seyrinde ortaya çıkabilir. Mani patogeneğinde, sağ taraf lezyonları özellikle vurgulanmıştır.³⁰ Geç başlangıçlı mani ve geriyatrik bipolar bozuklukta, yaşa bağlı morfolojik değişiklikler açısından CT'de erken başlangıçlı mani ile aralarında bir fark olmadığı bildirilmektedir.^{29,30} Çalışmalardan elde edilen bir diğer sonuç ise, ilk manik atağını 60 yaş ve üzerindeki yaşlarda geçiren manik hastaların,

hastalığı daha erken başlayan yaşlı maniklere oranla, başlangıç atağı ile bağlantılı olarak antidepresan farmakoterapiye daha sıklıkla maruz kaldıklarıdır.^{32,33} Bu da, hastalığı ileri yaşta başlayan geriyatrik maniklerde, antidepresanlara doku yanıtının değişebileceğini düşündürür. Son yıllarda geç başlangıçlı mani ile strese neden olan yaşam olayları ve mevsimsel özellikler arasındaki ilişki üzerinde durulmaktadır.³⁴

Ayırıcı Tanı

Geç yaşlarda ortaya çıkan bir manik durumla karşılaşan klinisyen dikkatli bir şekilde psikolojik ve organik nedenleri araştırmalıdır. Demansın erken evrelerinde, serebrovasküler olaylarda veya bazı ilaçların yan etkilerine bağlı olarak yaşlılarda bu tür davranış değişiklikleri ortaya çıkabilmektedir. Ayırıcı tanıyı destekleyen fizik ve nörolojik muayene ile bilişsel yetileri değerlendiren testler hastalara uygulanmalıdır.

Prognoz

Karışık yaşta hasta literatüründe bazı yayınlar, başlangıç yaşının ileri olması ile atak süresinin uzaması ve kronikleşmenin artması arasında bir bağlantı bulunduğunu düşündürmektedir.^{29,30} Ancak, bu çalışmaların düzenlenme şekli, başlangıç yaşı ile yaşlanmaya bağlı olan değişiklikleri ayırtmaya olanak tanımamaktadır. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda geç ve erken başlangıçlı geriyatrik manik hastaların atak süresi açısından bir fark bulunmadığı belirtilmektedir.^{7,30} Başlangıç yaşının ileri olması, nöks yatınlığının artışı ile ilişkili olabilir. Young'un bildirdiğine göre, Angst (1973) ve arkadaşları geç başlangıç ile ataklar arasının kısılması arasındaki ilişkiyi vurgulamışlardır. Bir başka çalışmada ise erken ve geç başlangıçlı geriyatrik manik hastalar arasında, 5-7 yıl süre ile nöks açısından anlamlı bir fark bulunmadığı belirtilmiştir.³² Mortalite açısından erken ve geç başlangıçlı geriyatrik manilerde fark olup olmadığını söylemek olası değildir.³⁰ Daha ileri çalışmalar gerekmektedir. Çünkü geç başlangıçlı manilere sıklıkla medikal ve/veya nörolojik bir hastalık eşlik etmektedir. Benzer şekilde, geç başlangıçlı manik hastaların bilişsel bozukluk ve/veya demans açısından daha büyük risk altında olup olmadığı da bilinmemektedir.

Tedavi

Geç başlangıçlı maninin tedavisinde de erken başlangıçlı manide olduğu gibi mizaç düzenleyici ilaçlar sıklıkla lityum kullanılmaktadır. Ancak yaşlı hastalarda genç hastalara göre lityum kullanımının bazı riskleri olabilir.³⁵ İlerleyen yaşla ilgili olarak böbrek, tiroid ve kardiyak fonksiyonlarda oluşan fizyolojik değişiklikler ilacın farmakokinetik ve farmakodinamik özelliklerini değiştirir. Bu nedenle yaşlı hastalarda lityum kullanımı özel bir dikkat gerektirir. Lityum böbrekler tarafından atılmakta olup renal hastalıklar ve azalmış renal klirens toksisite riskini artırmaktadır. Tiazid grubu diüretikler lityumun renal klirensini azaltmaktadır. Bu medikasyonların birlikte kullanımını gerektiren durumlarda lityum dozunun ayarlanması zorunludur. Keza diğer medikasyonlarda da lityum klirensi etkilenebilir. Özellikle duyarlı olan hastalarda CVS belirtileri ortaya çıkabilir. Bu nedenlerden dolayı yaşlı hasta-

larda lityum düzeyi sık aralarla kontrol edilmelidir. Tedavi başlangıcından önce tüm hastaların tiroid, böbrek ve kardiyak fonksiyonları dikkatli bir şekilde gözden geçirilmelidir. Erken ve geç başlangıçlı manik hastalarda lityumun etkinliğini karşılaştıran az sayıdaki çalışmalarda hastaların terapötik yanıtlarında ve hastanede kalış sürelerinde anlamlı bir fark bulunamamıştır.^{29,30} Geriyatrik manide başlangıç yaşı ve idame lityum tedavisinin süresi arasındaki ilişki çok açık değildir. Lityum dışında karbamazepin, valproat gibi antiepileptikler ile bir benzodiazepin olan klonozepam da mizaç düzenleyici olarak kullanılabilir.³⁶ Dirençli olgularda kullanılması önerilen, henüz ülkemizde bulunmayan bazı yeni antiepileptik ilaçların (gabapentin, lamotrigine gibi) geriyatrik hastalarda kullanımına ilişkin çalışmalar da son yıllarda dikkati çekmektedir.^{37,38} Tablo 2 'de geriyatrik manide kullanılan ilaçlar ve dozları görülmektedir.

Tablo 2. Geriyatrik manide kullanılan ilaçlar ve dozlar

Sınıfı	Jenerik adı	Geriyatrik doz (mg/gün)
Lityum tuzları	Lityum karbonat	75 - 900
Antikonvülzanlar	Karbamazepin	200 - 1200
	Valproat	250 - 1000
	Klonozepam	0.5 - 1.5

Sonuç olarak, ileri yaşlarda ortaya çıkabilecek psikotik bozukluklar tüm psikotik bozukluklar içinde önemli bir yer tutmaktadır. Ancak ileri yaşlarda ortaya çıkan psikotik bozuklukların mevcut tanı sınıflandırmalarının yetersizliğinin yanı sıra diğer tıbbi ve nörolojik hastalıklarla birlikte bulunmaları çoğu zaman tanınmalarını güçleştirmektedir. Öte yandan farklı tanı ölçütleri içinde değerlendirilmesi gereken bu hastalıklar için farklı tedavi yaklaşımlarına da gerek-

sinim duyulmaktadır. Unutulmaması gereken bir diğer nokta ise, tıbbi tedavinin yanı sıra uzun süreli tedavi planları içinde psikososyal desteğin sağlanmasıdır. Çünkü bu durum hastalığın prognozunu olumlu yönde etkileyen en önemli unsur olarak ele alınmaktadır.

Teşekkür: Bu derlemenin hazırlanmasında emeği geçen Hemşire Ayşe Kaya'ya teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Adamis D, Ball C: *Physical morbidity in elderly psychiatric inpatients: prevalence and possible relations between the major mental disorders and physical illness. Int J Geriatr Psychiatry* 2000; 15:248-253.
2. Kunik ME: *The contribution of cognitive impairment, medical burden, and psychopathology to the functional status of geriatric psychiatric patients. Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20:183-188.

3. Breslow RE, Klinger BI, Erickson BJ: County drift: a type of geographic mobility of chronic psychiatric patients. *Gen Hosp Psychiatry* 1998; 20:44-47.
4. Zubenko GS: Medical comorbidity in elderly psychiatric inpatients. *Biol Psychiatry* 1997; 42:724-736.
5. Jenike MA: Psychiatric illnesses in the elderly: a review. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1996; 9:57-82.
6. Enfedal K, Bergen AL, Holm M: Geriatric psychiatry - a specialty within psychiatry. *Tidzkr Nor Laegeforen* 1997; 117:3684-3687.
7. Small WG: Psychiatric disorders of late life. *HI Kaplan, BJ Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV'da*, 6. baskı, Baltimore, Williams and Wilkins, 1995, s.2562-2566.
8. Gur RE, Pearlson ED: Neuroimaging in schizophrenia research. *Schizophr Bull* 1993; 19:337-340.
9. Jeste DV: Late-onset schizophrenia: studying clinical validity. *Psych Clin North Am* 1988; 11:1-14.
10. Tran-Johnson TK: İleri yaş şizofrenisi ve tedavisi: Yaşlı şizofrenik hastalarda farmakolojik sorunlar. G Kotiloğlu (Çev.), İstanbul, Bilimsel ve Teknik Yayınlar Çeviri Vakfı, 1994, s.263-277.
11. Yassa R, Dastoor D, Nastase C: The prevalence of late-onset schizophrenia in a psycho-geriatric population. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 89:141-147.
12. Hafner H: The influence of age and sex on the onset and early course of schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1993; 162:80-85.
13. Yassa R, Suranyi-Cadotte B: Clinical characteristics of late-onset schizophrenia: comparison with delusional disorder with and without hallucinations. *Schizophr Bull* 1993;19:701-712.
14. Gurland BJ, Cross PS: Epidemiology of psychopathology in old age. *Psych Clin North Am* 1982; 5:11-26.
15. Heston LL: The paranoid syndrome after mid life. *NE Miller, GD Cohen (eds.): Schizophrenia and Aging'de*, New York, Guilford, 1987.
16. Schultz SK, Miller DD, Oliver SE: The life course of schizophrenia: age and symptom dimensions. *Schizophr Res* 1997; 23:15-23.
17. Lacro JP, Jeste DV: Geriatric psychosis. *Psychiatr Quart* 1997; 68:247-260.
18. Tohen M: Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first-episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry* 2000; 157:220-228.
19. Cohen CL: Outcome of schizophrenia into later life: An overview. *Gerontologist* 1990;30:790-797.
20. Jeste DV, Eastham JM, Lacro JP: Management of late-life psychosis. *J Clin Psychiatry* 1996; 57:49-50.
21. Kemp R: Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. *BMJ* 1996; 312:345-349.
22. Jeste DV: Treatment of late-life schizophrenia with neuroleptics. *Schizophr Bull* 1993; 19: 817-819.
23. Coley KC: Effectiveness of antipsychotic therapy in naturalistic setting: a comparison between risperidone, perphenazine and haloperidol. *J Clin Psychiatry* 1999; 60:850-856.
24. Bogan AM: Switching outpatients between atypical antipsychotics. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2000; 24:351-355.
25. Lander SM, Brazill AL, Landrigan PM: Intrainstitutional relocation. Effects on residents' behavior and psychosocial functioning. *J Gerontol Nurs* 1997; 23:35-41.
26. Banerjee S, Macdonald A: Mental disorder in an elderly home care population: associations with health and social service use. *Br J Psychiatry* 1996; 168:750-756.
27. Verdoux H: A survey of delusional in primary-care patients. *Psychol Med* 1998; 28:127-134.
28. Ruskin PE: Schizophrenia and delusional disorders. *Verwoert's Clin Geropsychiat* 1990; 21:125-135.
29. Young CR: Geriatric mani. İleri Yaşlarda Görülen Psikiyatrik Bozukluklar'da, G Kotiloğlu (Çev.), İstanbul, Bilimsel ve Teknik Yayınlar Çeviri Vakfı, 1994, s.241-262.
30. Alexopoulos GS: Mood disorders. *HI Kaplan, BJ Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV'da*, 6. baskı, Baltimore, Williams and Wilkins, 1995, s.2566-2569.
31. Shulman K, Post F: Bipolar affective disorder in old age. *Br J Psychiatry* 1980; 136:26-29.

32. Dhingra U, Rabins PV: Mania in the elderly: a five-to seven year follow-up. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39:1084-1087.
33. Lynge I, Munk-Jorgensen P, Mortensen PB: Affective disorders among Greenlandic psychiatric patients. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100:424-432.
34. Whitney DK, Sharma V, Kueneman K: Seasonality of manic depressive illness in Canada. *J Affect Disord* 1999; 55:99-105.
35. Kallner G: Mortality in 497 patients with affective disorders attending a lithium clinic or after having left it. *Pharmacopsychiatry* 2000; 33:8-13.
36. Vasudev K, Goswami U, Kohli K: Carbamazepine and valproate monotherapy: feasible relative safety and efficacy, and therapeutic drug monitoring in manic disorder. *Psychopharmacol* 2000; 150:15-23.
37. Kutler M, Matar MA: Lamotrigine in the treatment of resistant bipolar disorder. *Clin Neuropharmacol* 1998; 21:65-67.
38. Perugi G: Clinical experience using adjunctive gabapentin in treatment-resistant bipolar mixed states. *Pharmacopsychiatry* 1999; 32: 136-141.

**37. ULUSAL PSİKİYATRİ KONGRESİ
VE
DUYGUDURUM GÜNLERİ
2-6 Ekim 2001, İstanbul**

Başvuru:

Interium,

**Sıraselviler Caddesi Hrisovergi Ap. No.48, Kat:3, Daire:8
Taksim/İSTANBUL**

Tel: 0212 2928808, Faks: 2928807

e-posta: interium@turk.net