

Yaşlanma ve depresyon¹

Tarkan AMUK,² Nalan K. OĞUZHANOĞLU³

ÖZET

Tanı ve tedavi olanaklarının gelişimi toplumda yaşlı kişilerin sayısının artmasına neden olmaktadır. Toplumda yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte yaşlılıktaki mental hastalıklara daha önem verilmeye başlanmıştır. Tanı koymadaki zorluklara rağmen, yaşlı insanlarda depresif belirtilerin oldukça fazla olduğu bilinmektedir. Yaşlanmayla ortaya çıkan biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler, depresyona etki etmektedir. Bu makalede, yaşlılarda depresyonun risk faktörleri, klinik, prognoz ve tedavisini gözden geçirdik. (Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003; 4:113-121)

Anahtar sözcükler: Yaşlanma, depresyon, risk faktörleri, klinik, prognoz, tedavi

Aging and depression

SUMMARY

Increase of the diagnostic and treatment facilities cause a rise on the number of old age people. The increase of old people in the population has given prominence to mental illness in old age. Although it is often difficult to diagnosis, the prevalence of depressive symptoms in elderly population is in fact high. The biological, psychological and social changes of aging have influence on the depression. In this article, we reviewed the risk factors, clinic, prognosis and treatment of depression in the elderly. (Anatolian Journal of Psychiatry 2003; 4:113-121)

Key words: Aging, depression, risk factors, clinic, prognosis, treatment

GİRİŞ

Tıp alanındaki teknolojik ilerlemeler ve sağlık hizmetlerinin yaygınlaşmasıyla doğum ve ölüm hızları düşerek ortalama insan ömrü uzamış, yaşlı nüfus artmıştır.¹ Yaşlı nüfusun artışı ise toplumların hazırlıklı olmadıkları ekonomik, sosyal ve sağlık sorunları ile yaşlılık dönemi ve problemleri ile karşı karşıya kalmalarına yol açmıştır. Yaşam süresinin uzaması sağlıklı ve aktif kalmanın gereğini de ortaya koymaktadır.

Yirminci yüzyılın başında yaşam beklentisi ABD'de

erkekler ve kadınlar için sırasıyla 46.3 ve 48.3 iken, bu yaşlar 2000 yılında sırasıyla 73.5 ve 80.4'e çıkmıştır. Bu ülkede 65 yaşını geçen nüfus oranı 1900'larda tüm nüfusun yalnızca %4.1'i iken, bu oran 2000'de %12.8 olmuştur. Amerika'da 65 yaşını geçen kişi sayısının 2030 yılında 70.2 milyon olacağı tahmin edilmektedir ve bu sayı toplam Amerikan nüfusunun %20.1'ini oluşturmaktadır.²

Ülkemiz için yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 1935'te %3.9 iken bugün bu oranın %4.5

¹ 38.Ulusal Psikiyatri Kongresinde konferans olarak sunulmuştur.

² Dr.,³ Doç.Dr., Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, DENİZLİ

Dr.Tarkan AMUK, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Denizli

Tel: 0258 2410034 e-posta: tarkanamuk@yahoo.com

2030 yılında ise %6 olmasının beklendiği bildirilmektedir.³ Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, önümüzdeki yıllarda gelişmekte olan ülkelerin nüfuslarında %95 oranında bir artış beklenirken, yaşlı nüfus için bu artışın %240 oranında olacağı tahmin edilmektedir.⁴ Lehr'in de dediği gibi, dünya nüfusunun saçları ağarmaktadır.⁵

Depresyon, yaşamın her döneminde olduğu gibi yaşlılık döneminde de sık görülmesi, tanı ve tedavi olanağının bulunması, tedavi edilmezse intihar riskinin olması ve yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemesi nedeniyle önemli bir halk sağlığı problemi.

Bu epidemiyolojik saptamalar, yaşlılık çağı sorunlarının toplumsal boyutunun giderek arttığını vurgulamakta ve sorunun ekonomik, sosyal, kültürel, biyolojik, psikolojik bir bütünlük içinde ele alınması, bu doğrultuda çözüm üretilmesi gereğine işaret etmektedir.

Yaşlanmanın Tanımı

Yaşlanmayla ilgili birçok kavram ve tanımlamalar vardır. *Normal yaşlanma*, zamanın geçişine bağlı olarak hastalık sözkonusu olmaksızın ortaya çıkan anatomik yapı ve fizyolojik işlev değişiklikleri olarak tanımlanmaktadır. *Biyolojik yaşlanma* ise, yumurtanın döllenmesiyle başlar, tüm yaşam boyu süren bir olgudur. Kronolojik yaşlanmanın toplumdaki karşılığı "yaş"tır. *Psikolojik yaşlanma*, bireyin davranışsal uyum yeteneğindeki yaşa bağlı değişimler olarak tanımlanır. *Sosyal yaşlanma*, kültürel duruma ve sosyal özelliklere göre toplumdan topluma değişen bir yaşlanma tanımıdır. Kişinin aktif çalışma dönemini tamamlayarak birikimleriyle yaşadığı dönemdir. *Patolojik yaşlanma* ise, normal yaşlanma süreci ile etkileşen patolojik olayların tümünü kapsamaktadır.⁶

Görüldüğü gibi, insanın yaşlanması karmaşık bir olaydır ya da olaylar toplamıdır. İlerleyen kronolojik yaşla ortaya çıkan biyolojik, psikolojik, sosyal değişimlerin toplamıdır. Bu iç ve dış değişiklikler, ayrıca etkileşebilir ve birbirine bağlı olabilir.

Yaşlanmayla Ortaya Çıkan Biyolojik Değişimler

Yaşlanma ile birlikte beyinde birçok histopatolojik değişiklikler oluşmaktadır. Yaşla birlikte leptomeninklerde fibröz kalınlaşma, beynin ağırlığı ve volümünde küçülme, beyaz cevherde lökoryozis denilen diffüz ya da yama tarzında miyelin hara-

biyeti, gliozis ve belirgin aksonal kayıp görülür. Ventrikül genişliği yaşla birlikte progressif olarak artar. Son yıllardaki görüntüleme çalışmaları her yaşlıda beklendiği kadar ventrikül genişlemesi ve kortikal atrofi olmadığını göstermektedir. Olasılıkla bu bulgular patolojik yaşlanmanın görünümüdür. Yaşla birlikte nöron sayısı azalır, değişik nöronal popülasyonlarda değişik hız ve miktarlarda lipofussin, nörofibriler yumaklar, nörofibril iplikleri ve senil plaklar birikir. Astrositler yaşla birlikte artmakta ve koroid plexus kübik epitelyal hücreleri düzleşmektedir.⁷

Yaşlanma sürecinde bilişsel işlevlerde birtakım değişiklikler olmaktadır. Yaşlanma sürecinden en çok etkilenen bilişsel işlev, öğrenme ve bellektir. Yaşlılar, kısa süreli bellek işlevlerinde gençler kadar yeterlidir. Ama eğer kaydedilen bilginin manipüle edilmesi ya da bir başka şekle dönüştürülmesi istenirse, işleyen bellek ya da ikincil bellek alanında gençler lehine farklılıklar ortaya çıkmaya başlamaktadır. Yaşlı kişilerde, biriktirilmiş bilgiyi geri çağırma mekanizmasında ve stratejilerinde güçlük bulunmaktadır.⁸ Uzun süreli bellek ise, yaşla birlikte pek azalma göstermemektedir. Bu yaşlıda bilgi bir kez işlendikten ya da ikincil belleğe dahil edildikten sonra, orada kalma eğilimi gösterdiğinin kanıtıdır.⁹

Yapılan araştırmaların sonucunda zeka testi puanlarında 55-73 yaşları arasında çok küçük bir azalma olurken, daha fazla azalmanın ancak 73-85 yaşları arasında olduğu; üstelik bu değişimlerin zeka testlerinin farklı bölümleri için değişiklikler gösterdiği; örneğin, sözcük dağarcığıyla ilgili bölümlerde 85 yaşında bile azalma olmazken, hız gerektiren testlerde 4. veya 5. dekattan sonra yaşla birlikte azalma kaydedildiği saptanmıştır.¹⁰

Araştırmalar, zekanın sözel olmayan, performansla ilgili yönlerinin ve akıcı zekanın diğer zeka bölümlerine göre yaştan daha çok etkilendiğini ortaya koymaktadır. Bu olguya getirilen açıklama, akıcı zeka türünün özgün bir yaşantıdan ziyade daha çok beyin işlevlerine bağlı olduğu; bu yüzden beyinde yaşla birlikte ortaya çıkan, kortikal ve subkortikal büyük nöron kayıpları ve dendritlerin dearborizasyonu, belirli nörotransmitterlerdeki depresyon ve mikrovasküler olaylar gibi değişikliklerin akıcı zekadaki değişikliklerden sorumlu tutulması gerektiği şeklindedir.⁸ Oysa, sözel yetilere dayalı birikimli zeka, eğitime ve bilişimsel entelektüel aktiviteye bağlıdır; toplumsal deneyimler sırasında

kazanılmaktadır. Bu yüzden birikimli zeka yaşla birlikte artar ya da en azından azalma göstermez.¹⁰

Yaşlanmaya Bağlı Psikolojik Değişimler

Yaşlılıkta olduğu öne sürülen tüm psikolojik yaşlanma değişiklikleri içinde en güvenilir olanı, zihinsel ve fiziksel alandaki yavaşlamadır. Hızla ilgili görevlerdeki performansın tüm diğer bilişsel işlevlerdeki performansla koşutluk göstermesi, zihinsel hızdaki azalmanın yaşlılıkta ortaya çıkan tüm değişikliklerin temelinde yer alabileceğini düşündürmektedir.⁸

Erik H. Erikson'a göre, her yaş döneminin aşmak zorunda olduğu temel bir gelişimsel görevi ve buna göre şekillenen karakteristik bir özelliği vardır. Yaşlılık döneminin gelişimsel görevi umutsuzluğa karşı benlik bütünlüğünün korunmaya çalışılmasıdır. Benlik bütünlüğü, olumlu-olumsuz, acı-tatlı yönleriyle bütün bir yaşamın olduğu gibi kabul edilmiştir.¹¹

Başka yazarlar yaşlılığın gelişim görevi olarak başarılı alışkanlıkların sürdürülmesini, geçmişle bütünleşmeyi, olgunluktan bilgeliğe geçişi, yaşlılık-taki olgunluk değişikliğini kabul etmeyi, yaşamın sona ermesini onaylamayı, değişmiş idealler edinmeyi göstermektedirler. Yaşlılık yıllarının getirdiği değişimler genellikle ölüme hazırlanma göreviyle ilgilidir. Öte yandan, yaşlılar artan edilginliklerini ve bağımlılıklarını, artık katılımcı olmaktan çok izleyici olmalarını, azalan güçlerinin sınırlarını kabul etmek göreviyle de karşı karşıyadırlar.⁹

Yaşlı kişilerin çoğu eşlerini ve yakınlarını kaybetmişlerdir; fiziksel sağlıklarında önemli sorunlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Tüm bunlarla baş etmeye çalışmak, duygudurum ve moral açıdan güçlükler yaratır. Fiziksel yetiyikimleri yaşlıların moralini gençlerden daha olumsuz etkilemekte ama buna karşın yaşlılarda stresli yaşam olaylarının etkisi pek o kadar olmamaktadır. Yaşlı insanların iyi olma duyguları, stres ve kayıplardan ziyade amaçların elde edilmesindeki başarıyı algılamakla daha sıkı bir bağ içermektedir.⁸ Moralin sürdürülmesinde yakın toplumsal ilişkiler, dostluklar çok önemlidir ve birçok yaşlı, güvenebileceği en azından bir kişi olduğunu bildirmektedir. Erkek yaşlılar için bu kişi genellikle eşi iken, kadınlar için genellikle kardeşler ve çocuklarla ilişkiler önemli olmaktadır.¹⁰

Yaşlanmayla Ortaya Çıkan Sosyal Değişimler

Yaşlıların belli başlı toplumsal sorunlarını belirlemeye çalışan çok yönlü inceleme ve araştırmalarda, bunların gelir, sağlık, bakımevi, ulaşım ve beslenme olmak üzere beş kategoriye ayrılabilceğini belirtilmektedir. Bunlara eğitim, iş, emeklilik sonrası roller, tinsel gereksinimler, güvenlik gibi diğer önemli sorun alanları da eklenebilir.⁹ Emeklilik bu dönemin kaçınılmaz bir gerçeğidir. Birçok yaşlı için, boş zamana sahip olmak ve önceki iş sorumluluklarından kurtulmak anlamına gelebilir. Bazıları içinse, özellikle ekonomik güçlükler yaşanır ya da benlik saygısı kaybı ile sonuçlanırsa, stres dolu bir süreçtir. Gönüllü olarak emekli olanların büyük kısmı emekliliğe yönelik negatif tepkiler, üretken olamama duyguları, ekonomik güçlükler ve yalnızlık duygusu nedeniyle işlerine geri dönerler.

Bütün bu sorunların çözümü için atılacak adımlar, yaşlıların toplum içinde, topluma uyumlu, istek ve gereksinimleri yeterince karşılandığı için doyumlu kişiler olarak yaşamlarını sürdürebilmelerine hizmet edecektir.

Depresyonun Epidemiyolojisi

Mental hastalıklı yaşlı birey sayısı ABD'de 2000 yılında 9 milyon iken, bu sayının 2050 yılında 20 milyon olacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı popülasyonun %25'inde anlamlı psikiyatrik semptomlar vardır.² Depresyon ise yaşlılarda en sık görülen mental bozukluklardan biridir. Yapılan çalışmalarda, toplumda yaşayan yaşlılarda major depresyon prevalansının %1-10 arasında, yaklaşık %4 düzeyinde olduğunu göstermiştir.¹²⁻¹⁵ Bu kişilerde depresif belirtilerin oranı ise %10-15 arasındadır.¹² Bakımevinde yaşayanlarda, tıbbi hastalığı olanlarda ve demanslılarda bu oranlar artmaktadır.¹⁶ Bakımevinde yaşayan yaşlı insanlar arasında major depresyon prevalansı %50 civarında olabilir. Demanslı yaşlılarda klinik depresyon prevalansı oranı %86'ya kadar çıkabilir.¹² Depresyon kategorik değil de bir spektrum olarak değerlendirildiğinde, eşik altı depresyonun yaşlılardaki sıklığının %13-27 arasında, tıbbi hastalığı olan bakım hastalarında %50'ye varan oranlarda olduğu düşünülmektedir.¹⁵

Ülkemizde Uçku ve Küey'in araştırmasında major depresyon prevalansı %6, depresif belirtilerin prevalansı ise %11 bulunmuştur.¹⁷ Bekaroğlu ve arkadaşlarının 1991 yılında yaptıkları bir çalışmada

ise, genel populasyonda yaşlılarda depresyon oranı %35 (erkekler için %33, kadınlar için %37); kurumda yaşayan erkeklerde %41, kadınlarda %42; evinde yaşayan erkeklerde %29, kadınlarda %33 olarak bulunmuşlardır.¹⁸

Tanı Güçlüğü

Yaşlılarda depresyonun görece düşüklüğü, depresyonu olanların farklı bir tabloyla başvurmasına veya yaşlılara tanı koymak için uygun ölçütlerin kullanılmamasına bağlı olabilir.¹⁹ Çoğu yaşlı hastanın somatik, bilişsel, davranışsal semptomlar gibi özgül olmayan yakınmaları bulunduğu ve bu nedenle hatalı tanı konularak tedavi edilebildiklerinden, hesaplanan bu değerler büyük olasılıkla gerçekte olduğundan daha düşüktür.¹⁴

Depresyonu olan yaşlı hastaların önemli bir kısmına tanı konamamaktadır. Bu hastaların çökkün duygudurumdan daha az yakınmaları, hastalıklarını bedenselleştirme ve depresyonu reddetme eğilimleri ya da yaşlıların doğal olarak çökkün olacakları inanışına bağlı olabilir.²⁰

İntihar

Depresyon yaşlılarda sadece morbitideye değil, aynı zamanda mortaliteye de yol açmaktadır. Yaşlı depresifler gençlere göre intihara daha yatkındır. Yetmiş beş yaş ve üzerindeki kişilerdeki intiharların %75'den fazlasında tanı konmamış depresyon bildirilmiştir.²¹ Tamamlanmış yaşlı intiharlarına bakıldığında geç başlangıçlı, psikotik olmayan, madde kullanımı veya kişilik bozukluğu ile komplike olmamış tek uçlu orta şiddette depresyonu olan kişiler oldukları görülmüştür.²²

Yalnızlık ve sosyal izolasyon yaşlılarda intihar için en önemli risk etkenleridir. Yaşlı bireylerin %10'u intiharı düşünme nedeni olarak ekonomik sorunları, kötü tıbbi bakımı ve depresyonu göstermiştir.¹⁹ Erkeklerde intihar oranı yaşla birlikte sabit olarak artarken, 80 yaş dolaylarında intihar oranı 100.000'de 45-50 civarındadır. Kadınlarda 60 yaş civarında plato çizme eğilimindedir ve 100.000'de 15-20 civarında kalır. Yaşlı erkeklerde yalnızlık, yakın zamanda bir kayıp yaşama, depresyon nedeniyle acı çekme ve olası alkol kötüye kullanımı intihar için en önemli göstergeler olup klinisyenler bu konuda uyanık olmalıdırlar.¹⁵

Depresyon İçin Risk Etmenleri

Yaşlılarda depresyon için biyolojik, psikolojik ve sosyal risk etkenlerinden sözedilir. Yaşlı depresyonlarında genetik yatkınlık gençlerdeki kadar önemli değildir. İlk bakışta yaşlılıkla birlikte beyinde norepinefrin, dopamin ve serotoninin konsantrasyonlarındaki azalmanın ve katabolik monoaminooksidaz enzimlerindeki artışın depresyon için uygun bir vasat oluşturduğu düşünülse de, bu değişikliklerle depresyon arasındaki ilişki net bir şekilde kurulamamıştır.¹⁰ Bazı fiziksel hastalıklar (inme, Parkinson hastalığı, nörodejeneratif hastalıklar gibi) doğrudan depresyona yolaçabilir. Serebrovasküler olaylarda lezyonun büyüklüğü ve işlevsellik kaybının derecesi depresif bulgularla doğru orantılıdır.¹⁵ Yine yaşlılık döneminde ortaya çıkan bazı hastalıklar sıklıkla depresyonla birlikte ortaya çıkabilir. Bunlar arasında özellikle hipotiroidizm, hipertiroidizm, Cushing gibi endokrinopatiler; viral enfeksiyonlar, lenfoma, pankreas kanseri ve diğer malignansiler sayılabilir. Rezerpin, alfametil dopa, clonidine, hidralazin, propranolol, digitaller, cimetidine, steroidler, östrojenler, progestasyonel ajanlar, indometazin, propoxyphen, kodein, antibiyotikler, vinkristin, vinblastin, benzo-diyazepinler ve barbitüratlar gibi geniş bir ilaç grubu da yaşlılarda depresyonun tetiğini çekebilir.²³

Fiziksel sağlığın kötü olması depresyona yatkınlığın ana nedenlerinden biridir. Fiziksel hastalıklar hem depresif atağı tetikleyebilir, hem de süregenleştirebilir. Kişinin hareketliliğinin kısıtlanması, başkalarına bağımlılığın artması, süregen rahatsızlık ve ağrının olması en önemli etmenlerdir. Fiziksel hastalığın yaşamı tehdit etmesi veya hastalığın dolaylı etkileri duygudurum üzerine etkilidir. Yaşamdaki rolün zedelenmesi, saygınlığın olumsuz yönde etkilenmesi sonucu sıklıkla fiziksel sağlığın, otonominin, bireysel yetkinliğin kaybıyla ilgili korkular klinik depresyona zemin hazırlamaktadır. Ayrıca ilerleyen yaşla birlikte stresli yaşam olayları ve kişisel kayıp gibi olumsuz etkenlerin görülme sıklığı da artmaktadır. Sosyal ilişkilerde azalma, yoksulluk ve yakınlık kurma kapasitesinin azalması gibi etkenlerden de söz edilebilir.¹⁵

Hemen tüm yetişkinlerde olduğu gibi, yaşlılık döneminde depresyon kadınlarda erkeklere göre daha fazla görülür. Depresyonun eğitim ve gelir düzeyi düşük kişilerde sık olduğu bildirilir.²⁴ Eşlerinden ayrılmış veya eşleri tarafında terk edilmiş yaşlı

kişilerde depresyon daha yüksek oranda bulunmaktadır. Ancak erkeklerde boşanma ve ardından ilk depresyon epizodu olması arasında ilişki bulunmuştur.²⁵ Her üç duldan birisi eş yitiminin ardından bir ay içinde major depresyon geçirmekte, bunların yarısında bir yıl sonra bile depresyon klinik olarak sürmektedir.¹⁰

Green ve arkadaşlarının bir çalışmasında yaşlılık depresyonunda risk faktörleri arasında sigara kullanımının yalnızlıktan sonra ikinci sırada olduğu belirtilmiştir. Sigara kullanımı ile geç başlangıçlı depresyonun birlikteliğinin sık olduğu vurgulanmıştır. Aynı çalışmada sigara kullanımıyla depresyonun şiddetinin yakından ilişkili olduğu vurgulanmaktadır.²⁶ Yaşlı nüfusun küçük bir çoğunluğu alkol kullanır. Güvenilir ilişki kuramayan kişiler arasında alkol kullanımının güvenilir ilişki kuranlara kıyasla anlamlı oranda yüksek olduğu belirtilmektedir. Dul veya boşanmış ya da hiç evlenmemiş erkeklerde alkol kullanımı daha fazladır.¹⁰ Bekaroğlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada alkol kullanımı ve depresyon arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu vurgulanırken, sigara kullanımında böyle bir ilişkinin olmadığı belirtilmektedir.¹⁸ Sürekli alkol kullanımı fiziksel hastalık olasılığını, dolayısıyla da birlikte depresyon sıklığını artırır.

Depresyon ve Bilişsel İşlevler

Depresyonda değişik derecede bilişsel yetersizlikler oluşur. Bilişsel testlerdeki başarısızlığın organik bir kusura bağlı olması gerekmediği gibi, depresyona bağlı konsantrasyon ve/veya motivasyon eksikliğine bağlı olup olmadığı da açık değildir.²⁷ Palsson ve arkadaşları 85 yaşındaki bireyler üzerinde bir populasyon çalışması yaparak major depresyonun bellek ve nöro-psikolojik fonksiyonlar üzerine etkisini araştırmışlardır. Bu çalışmada majör depresyon ile kötü nöro-psikolojik test sonuçları arasında bir korelasyon bulunmuştur. Kötü test sonuçları depresif bireylerde özellikle psikomotor retardasyon ve azalmış konsantrasyon ile birliktedir. Majör depresyonlu yaşlı bireylerde azalmış kognitif test performansı, özellikle çok karmaşık ve zaman bağımlı testlerde ve sekonder bellek testlerinde azalma şeklinde bulunmuştur.²⁸

Palsson ve arkadaşları bir başka çalışmada, depresif bireylerde kognitif semptomlara karşı yüksek eğitilmiş olmanın koruyucu etkisi olduğunu bulmuşlardır. Depresyon ile kortikal atrofi arasındaki birliktelik bu çalışmada çok kuvvetli bulunmazken,

erken başlangıçlı depresyonda demansın daha yüksek sıklıkta bulunmasının depresyonun süresiyle ilgili olabileceği düşünülmüş ve toplumda depresyon taramasının ve buna müdahalenin önemi vurgulanmıştır.²⁹

Demans ve Depresyon

Depresyon ve demans arasında 4 tip ilişki tanımlanmıştır: Depresyon demans gibi seyrederek (depresif psödodemans), demans depresyona ikincildir (depresyonun demansiyel sendromu), demans depresyon gibi seyredebilir (demansiyel psödodepresyon) ve depresyon demansa ikincildir (demansın depresif sendromu).³⁰ Yaşlılarda depresif belirtilere bağlı görünümün demansla sıklıkla karışabildiği görülmektedir. Depresyona bağlı demans tabloları "psödodemans" olarak adlandırılmakta ve bu tablonun antidepresan tedavi ile düzelebildiği gözlenmektedir. Ancak psödodemans grubunda geriye dönüşsüz demans çıkma olasılığı saf depresyonlu gruba göre 4.66 kat yüksek bulunmuştur.²⁷

Psödodemans depresyonu olan yaşlı hastaların yaklaşık %15'inde ortaya çıkar³² ve başta demansın en sık nedeni olan Alzheimer Hastalığı (AH) olmak üzere demansların psödodemandan ayırımı veya binişikliğini tedavi kadar; yaratabileceği adli sorunlar nedeniyle de önemlidir. Demanslı hastalarda depresif özellikler %50 ve minör depresyon %25, AH'nda %5-15, multi infarkt demanslılarda %20-25 oranlarında majör depresif bozukluk; demans ve depresif bozukluk binişik tanısı alanlarda ailesel depresif bozukluk prevalansı da %50-85 oranlarındadır.³⁰

Depresyonun Kliniği

Yaşlılıkta depresyonun kliniği karışık ve şaşırıdır. Tanı koymak zor olabilir. Yaşlı depresif hasta üzgün görünümünde elem, umutsuzluk duyguları ve değersizlik fikirleri taşır. Geçmişindeki gerçek ya da hayal ürünü başarısızlıklardan, hatalardan veya düşüncesizlikten dolayı kendini suçlar. Birçok yaşlı depresyonluda bir çevreden çekilme reaksiyonu oluşur, gıda ve içeceği reddeder. Ağır vakalarda hastalar yataklarından çıkmazlar.³¹ Nörovejetatif bulgular, somatik uğraşlar, ajitasyon, unutkanlık ve sanrılar daha sık görülür. En sık olarak enerjide azalma, konsantrasyon zorluğu, uyku sorunları (özellikle erken uyanma ve uykunun sıkça bölünmesi), iştah azlığı, kilo kaybı görülmektedir.¹⁵ İleri derecede lokalize ve yaygın

ağrının yaşlılarda depresyonun bir belirtisi olabileceği unutulmamalıdır. Yaşlılardaki geçmeyen, her türlü tedaviye yanıt vermeyen yüz, siyatik ve pelvis ağrılarının depresyon kaynaklı olabileceği unutulmamalıdır. Yatırılarak tedavi edilen yaşlı depresiflerde dikkati verme ve yoğunlaştırmada güçlük ve bellek bozukluğunun görülme oranı yüksektir. Oysa, ayaktan izlenenler belleklerinin iyi olmadığından yakınmalarına rağmen, klinik ve psikometrik olarak değerlendirildiğinde genellikle belirgin bir yıkım olmadığı gözlenir.³¹

Psikotik özellikleri olan depresyon, hastanede yatan deprese yaşlılarda %20-45 oranında iken, toplumda yaşayan deprese yaşlılarda %3.6 oranındadır. Genelde bu hastalarda sanrılar daha sık, varsanılar daha nedirdir. Sanrısız temalar daha çok suçluluk, hipokondriazis, nihilizm, kötülük görme ve bazen kıskançlıkla ilgilidir. Demansda görülen sanrılardan daha sistematize ve duygudurumla daha uyumludur.¹⁹

Bilişsel bozukluğu olan depresyonlu yaşlı hastalar demans ölçütlerini karşılamazlar. Demansın tersine bellek bozukluğu en çok birkaç ay içinde başlamıştır ve demanstaki sinsi başlangıç yoktur. Depresyon tedavi edildiğinde bilişsel bozukluk ortadan kalkar. Ancak bazı hastalarda devam edebilir, bu hastalarda demansın erken dönem bulguları olabileceği düşünülmelidir. Erken başlangıçlı depresyonu olan hastalarda demans gelişme sıklığı daha fazladır.¹⁵

Yaşlılıkta depresyon riski açısından önemli olan faktörleri şöyle sıralayabiliriz: Kadın olmak (ancak ciddi intihar erkeklerde daha sık), dul veya bekar olmak, gelir ve eğitim düzeyinin düşük olması, sosyal desteğin olmaması, önemli kayıplar yaşanması, fiziksel bir hastalığın bulunması ve bu hastalığın uzun sürmesi.³¹

Beyin görüntüleme çalışmalarında yaşlılık depresyonuna özgü bulgular elde edilmiştir. BBT'de lateral beyin ventriküllerinde genişleme tespit edilmiş, bazı çalışmalarda da kortikal atrofi ve orbitofrontal korteksteki hacim azalmasından söz edilmiştir.¹⁵ İşlevsel görüntüleme çalışmaları özellikle prefrontal korteksle ilgili disregülasyon üzerinde durmaktadır. Bulgular üç kortiko-striato-pallido-kortikal yolağın depresyonla ilgili olduğuna işaret etmektedir. Orbitofrontal döngünün hasarı disinhibisyon, iritabilite ve sosyal işaretlere azalmış duyarlılıkla ilgilidir. Anterior singulatın hasarı

apati ve azalmış insiyatifle ilgilidir. Dorsolateral döngünün hasarı, öğrenme ve sözcük listesi oluşturma işlevlerini bozar. Tüm bu bulgular depresif sendromda da görülür. Sol dorsolateral prefrontal korteks dinlenme aktivitesindeki azalma psikomotor yavaşlama ve depresyonla ilgilidir. Posterior singulat ve inferior parietal lobda artmış aktivite anksiyete, medial prefrontal kortekste artmış aktivite ise, depresyondaki bilişsel bozuklukla ilgilidir.¹⁹

Prognoz

İzleme çalışmalarının çoğu, yaşlı depresyonlu hastaların yaklaşık 1/3'ünün tamamen iyileştiğini, 1/3'ünün kısmen iyileştiğini veya iyileşmeden sonra nüksler gösterdiğini, 1/3'ünün sürekli hasta kaldığını ortaya koymuştur.³³ Antidepresan tedavideki gelişmelere rağmen çok sayıda depresif hasta kronikleşmeden yakınmaktadır. Geriatrik izlem çalışmaları kronikleşme oranının %7-30 arasında olduğunu göstermiştir. Kısmen iyileşmiş olgular da kronik kabul edilirse, bu oran %40'a yükselmektedir. Geriatrik çalışmalar aktif medikal hastalık, ağır depresyon, melankolik olmayan görünüm, sanrılar, bilişsel bozukluk ve morfolojik beyin anomalilerinin kronikleşme ile ilgisini düşündürmektedir. Geriatrik depresyonda nüks veya rekürrens önbilirleyicileri ise, geçirilmiş çok sayıda depresif atak, ileri derecede hastalık, çifte depresyon, ortaya çıkarıcı olayların varlığı ve araya giren medikal hastalıktır. Demans gelişimi önbilirleyicileri ise psödodemans, ilk depresif atağın yaşlılık döneminde olması, kortikal atrofi ve hızlı ilerleyen ventrikül genişlemesi nöroradyolojik anomalilerdir.³⁴ Daha iyi prognozla ilgili sosyodemografik faktörler kadın olma, çalışıyor olma ve yüksek düzeyde sosyal destektir. İyi prognozla ilgili psikiyatrik özellikler ise dışa dönüklük, ağır semptomların bulunmaması, ailede depresyon öyküsü, önceki atakların iyileşmesi, bakımevinde yaşamama, madde veya alkol bağımlılığının olmaması, beraberinde büyük bir psikiyatrik rahatsızlığın bulunmaması ve yaşam değişikliklerinin az sayıda olmasıdır. Kötü prognozla ilgili faktörler ise sanrılar, belirgin bilişsel bozukluk ve fiziksel hastalıklardır.³³

Tedavi

Yaşlılarda depresyon oldukça sık görülen ve etkili bir biçimde tedavi edilebilen bir durumdur. Tedavinin amacı bulguların iyileşmesini sağlamak, alev-

lenme ve yinlemeleri engellemek, işlevsellik düzeyi ve yaşam kalitesini artırmaktır. Bir yıllık süredeki düzelme oranları gençlerdekine benzer olarak %59-72 oranlarındadır.¹⁵ Yaşlı erişkinlerin depresyon nedeniyle tedavi alma oranları çok düşüktür; tedavi aldıklarında bile, kendilerine yapılan müdahalelerin gücünün, kapsamının ve yoğunluğunun oldukça düşük olduğu dikkati çekmektedir. Bu hastaların çoğunda verilen antidepressan ilaçlar subterapötik dozlarda reçete edilmektedir ve hastaların çoğu kendi arzularıyla ilaç tedavisini yarıda kesmektedir.³⁵

Yaşlılardaki depresyonun tedavisi, iki yönüyle gençlerden farklıdır. Birincisi, yaşlı bireylerin antidepressan tedavinin yan etkilerine daha hassas olmaları ve tedavinin tedavinin tolere edilmesinde daha çok güçlük yaşanmasıdır. İkincisi, yaşlılarda antidepressan yanıtın daha geç ortaya çıkmasıdır.¹⁵ Yaşlı hastalardaki antidepressan ilaç kullanma oranının %41 olduğunu ve antidepressan ilaç kullanmakta olan hastaların %9.4'ünde depresyon tanısının var olduğunu gösteren bir çalışmaya göre, antidepressan ilaç kullanımındaki artışla ilişkili olan faktörler depresyon tanısının kendisinden ziyade kadın cinsiyet, bakımevinde yaşıyor olmak, demans ve kronik fiziksel bir hastalığın varlığıdır.³⁶

Yaşlı majör depresyonlu hasta çoğunlukla yatırılarak tedavi edilir. Özellikle hastanın fiziksel sağlığı kötü veya dengeli değilse, intihar riski yüksekse, hastada sanrılar varsa, tedaviye uyumun iyi olmadığı biliniyorsa, kognitif fonksiyonlarda bozukluk varsa ve sosyal destekler yoksa hospitalizasyon gerekir.³¹

Hastada farmakolojik tedaviye başlamadan önce genel sağlığı ile ilgili yeterli bilginin alınması gerekir. Hasta intihar riski açısından dikkatle izlenmelidir. Yaşlıda depresyon dışında intihar riski açısından fiziksel sağlığın kötü olması, yalnız yaşama, ekonomik sorunlar ve aşırı miktarda alkol alma gibi başka faktörler de vardır. Yaşlıda yoğun hipokondriak semptomlarla sanrılarının bulunması intihar olasılığını artırır. Özellikle sanrılarının içeriği suçluluk ve perseküsyon konularını içeriyorsa, sanrılı majör depresyonun tedavisi yoğun somatik tedavi örneğinin, elektrokonvulzif tedavi (EKT) veya antidepressanlarla birlikte antipsikotiklerin verilmesini gerektirir.³¹ Yaşlılarda depresyonun etkin tedavisi, tıbbi tedavi ve fiziksel rehabilitasyonun sonuçlarını olumlu yönde etkiler ve yaşam süresini uzatır.¹⁵

Depresyon saptanan yaşlı hastalarla yapılan çift-kör çalışmalarda, antidepressan ilaç tedavisi yaklaşımlarının, plasebo uygulamasına kıyasla, daha üstün olduğu çok sık dile getirilmektedir. Uygun terapötik dozlar uyguladığı takdirde, seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve trisiklik antidepressanların (TCA) etkinlikleri eşdeğerdir ve bu ilaçları kullanan hastaların %60'ı klinik iyileşme sağlamaktadır.³⁵ Antidepressan ilaç seçilirken öncelikle ilacın yan etki profili ve hastanın bu tedaviye ne kadar uyabileceği dikkate alınmalıdır.

SSRI'ların TCA'lara göre çeşitli üstünlükleri vardır. Yan etkilerinin daha kolay tolere edilebilmesi, bilişsel bozukluk yapmaması, antikolinergik ve kardiyovasküler yan etkilerinin az olması bazı avantajlarıdır. Ancak SSRI'a bağlı uygunsuz ADH sendromu, ekstrapiramidal bulgular ve bradikardi gençlere göre daha sık görülen yan etkileridir. Yaşlılara verilen doz gençlere verilenle aynıdır. Ayrıca aşırı dozda nispeten güvenilir olup lityumla etkileşime daha az girerler.^{15,31} Yaşlılarda sık kullanılan antikoagülan, antihipertansif vb. ilaçlarla olan etkileşimler nedeniyle SSRI'lar da dikkatli kullanılmalıdır. SSRI'ların nispeten pahalı oldukları da unutulmamalıdır.

Yapılan araştırmalarda yaşlılara uygun bir antidepressan verilme oranı %4'tür. Yaşlılara daha çok trankilizan verilmesi ilginçtir.³¹ TCA'lardan en çok amitriptilin, doksepin ve nortriptilin kullanılmaktadır. Desipramin daha az sedasyon yapması, nortriptilin daha az hipotansiyon yapması nedeniyle tercih edilebilir. Yaşlılarda belirgin iyileşme için gerekli süre gençlerden daha uzundur ve 6-12 haftayı bulabilir. Tedaviye uyum bakımından TCA alan yaşlıların %70'inin önerilen ilaç dozlarının %25-50'sini almadıkları tahmin edilmektedir.¹⁵

İntihar riskinin yüksek olduğu durumlarda, belirgin psikomotor yavaşlaması olan hastalarda, katatonik stuporda, malnutrisyon, dehidratasyon gösterenlerde ve psikotik sanrılarının yoğun bulunduğu vakalarda EKT'nin yeri vardır. İlaç tedavisine dirençli grupta EKT ile tedavi oranı %63'tür.^{15,31} Parkinsonu olan hastalarda depresyonla birlikte demans da varsa, EKT'ye yanıt kötü olabilir.¹⁰ Seksen beş yaş üzerindeki EKT sonrası en sık görülen yan etkiler deliryum veya konfüzyon (%32), geçici hipertansiyon (%67) ve geriye dönebilen kardiyak ektopidir (%18). EKT, inme sonrası depresyon geçiren hastalarda da uygun bir tedavi seçimidir.¹⁵ Non-dominant hemisfere uygulanan unilateral EKT,

postiktal konfüzyona, bellek bozukluğuna, başağrısına ve konuşma bozukluklarına daha az neden olur.³¹

Araştırmalar bilişsel davranışçı terapi, kişilerarası terapi, sorun çözme terapisi gibi psikoterapi tedavilerinin tek başına ya da farmakoterapiyle birlikte etkinliğini göstermiştir. Özellikle ilaç tedavisini tolere edemeyen, stresli yaşam olayları yaşayan, kişilerarası güçlükleri olan veya sosyal desteği iyi olmayan yaşlı hastalarda önemli olabilir.¹⁵ Psikoterapötik hedef daha genç hastalarda görülenden farklı olabilir. Yaşlıların daha sık yaşadığı kayıplar (yaş, fiziksel sağlık, ekonomik sorunlar vb.) 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 dönemlerine benzer şekilde negatif kognisyonlarla (kendisi, dünya ve gelecek hakkında) birliktedir ve kognitif terapi ile benzer kognitif düzeltilmeler gösterilmiştir.³¹

Antiöstrojen tedavi alan, perimenopozal ya da cerrahi menopozda olan kadınlarda depresyonun daha sık görülmesinden yola çıkılarak yapılan bazı çalışmalarda östrojen yerine koyma tedavisinin duygudurum üzerine olumlu etkisini gösteren çalışmalar vardır. Bu etkinin östrojenin beyinde serotonin sentezi, alımı ve reseptör modülasyonunu etkilemesine bağlı olduğu düşünülmektedir. Östrojen

aynı zamanda serotenerjik ilaçların etkisini de güçlendirmektedir.¹⁵

Özel uzmanlık hizmeti veren kliniklere başvuran veya yatan hastalara bakım veren servisler tarafından değerlendirilen hastaların, erişkin topluma sunulan genel ruh sağlığı hizmetlerinden yararlanan hastalara oranla, daha kapsamlı bir başlangıç muayenesinden geçmekte olduğu, uzun vadede daha düzenli bakım hizmeti aldığı anlaşılmıştır. Yukarıda belirtilen ilk iki hasta grubu, daha sonra tanımlanan hasta grubuna göre depresyonun üstesinden gelme konusunda daha başarılı olmuştur.³⁵

SONUÇ

İnsanın yaşlanması karmaşık bir olaydır, ya da olaylar toplamıdır. Yaşlanmayla ortaya çıkan biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler, yaşlılık dönemi sorunları içinde önemli bir yer tutan ruhsal bozukluklardan depresyona etki etmektedir. Yaşlılık döneminde işlevsel ve bilişsel düzeyde olumsuz değişikliklere yol açan depresyon sıklığının bilinmesi, bu hastalıkla ilişkili olabilecek sosyodemografik ve klinik etkenlerin ortaya çıkarılması, alınacak önlemlerin öngörülmesi ve tasarlanması açısından büyük önem taşımaktadır. Yaşlı insanların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen depresyonun ele alınarak farklı tedavi yaklaşımları içinde değerlendirilmesi gerekmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kurtoğlu D, Rezaki SM: Huzurevindeki yaşlılarda depresyon, bilişsel bozukluk ve yeti yitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999; 10:173-179.
2. Jarvik LF, Small GW: Introduction and overview. *HI Kaplan ve BJ Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry 'de*. Yedinci baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, 2000, s.2980.
3. Tuncer E: Geropsikiyatri. I Sayıl (ed): *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları'nda*. Birinci baskı, ANTIP Yayınları, Ankara, 2000, s.595-606.
4. Soygür H: Bakımevlerinde yaşlı bakımı ve psikolojik değerlendirme. *Demans Dizisi* 2000; 2:32-40.
5. Lehr U: *Yaşlanmanın Psikolojisi*. B Çotuk, N Eryar (Çev.), İstanbul, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994, s.47.
6. Güler Ç: Toplum sağlığı sorunu olarak yaşlılık. *YG Kutsal, M Çakmakçı, S Ünal (eds): Geriatri'de*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1997, s.50-60.
7. Nazlıel B: *Yaşlanma*. Demans Dizisi 1999; 1: 5-10.
8. Göka E, Aydemir Ç: Yaşlıya ve demanslı hastaya psikososyal yaklaşım. *Demans Dizisi* 2000; 2:5-26.
9. Onur B: *Gelişim Psikolojisi, Yetişkinlik-Yaşlılık-Ölüm*. Dördüncü baskı, Ankara, İmge Yayınları, 1997.
10. Ceylan ME, Göka E: *Yaşlılık ve psikiyatri*. *Biyolojik Psikiyatri'de*, 2. cilt, birinci baskı, İstanbul, 1998, s. 87-165.
11. Öztürk O: *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Sekizinci baskı, Ankara, Nobel kitabevi, 2001, s.106.
12. Nyth AL, Gottfries CG, Lyby K: A controlled multicenter clinical study of citalopram and placebo in elderly depressed patients with and without concomitant dementia. *Acta Psychiatr Scand* 1992; 86:138-145.

13. Roth MS, Amrein R: Moclobemide in elderly patients with cognitive decline and depression: an international double-blind, placebo-controlled trial. *Br J Psychiatry* 1996; 168:149-157.
14. Jacquenoud E, Kat M: Depresyon ve somatik semptomları olan çok yaşlı hastalarda fluvoksaminin güvenirliliği. *Primary Care Psychiatry* 1997; 3:175-181.
15. Akdemir A, Atasoy N, Sağnak S: Yaşlılıkta depresyon. *3P Dergisi* 2001; 9:263-270.
16. Nelson JC: Diagnosing and treating depression in the elderly. *J Clin Psychiatry* 2001; 62(Suppl.24):18-22.
17. Uçku R, Küey L: Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1992; 19:15-20.
18. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S, Kırpınar İ: Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:174-178.
19. Alexopoulos GS: Mood disorders. *BJ Sadock, V Sadock (eds): Comprehensive Textbook of Psychiatry'de*. Baltimore, Williams&Wilkins, 2000, s.3060-3067.
20. Copeland JRM, Dewey ME, Saunders PA: Yaşlılarda depresyon. *Çev. İ Kaplan, Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3:1 3-7.
21. Solai LKK, Mulsant BH, Pollock BG: Selective serotonin reuptake inhibitors for late-life depression. *Drugs&Aging* 2001; 18:355-368.
22. Lebowitz BD: Depression in late life. *Dialogues in Clinical Neuroscience Depression in the Elderly*. 1999; 1:57-65.
23. Kaplan HI, Sadock BJ: *Synopsis of Psychiatry*. Sekizinci baskı, Baltimore, Williams&Wilkins, 1995, s.328-345.
24. Beekman AT, Copeland JR, Prince MJ: Review of community prevalence of depression in later life. *Br J Psychiatry* 1999; 174:307-311.
25. Bruce ML, Kim KM: Differences in the effects of divorce on major depression in man and women. *Am J Psychiatry* 1992; 149:914-917.
26. Green BH, Copeland IRM, Dewey ME, Sharma V, Saunders PA, Davidson IA ve ark: Risk factors for depression in elderly people: a prospective study. *Acta Psychiatry Scand* 1992; 86:213-217.
27. Aşkın R: *Depresyon El Kitabı*. İstanbul, Roche Yayınları. 1999, s.124-130.
28. Palsson S, Johanson B, Berg S, Skoog I: A population study on the influence of depression on neuropsychological functioning in 85 year-olds. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:185-193.
29. Palsson S, Aevansson O, Skoog I: Depression, cerebral atrophy, cognitive performance and incidence of dementia. *Population study of 85 years olds*. *Br J Psychiatry* 1999; 174:249-253.
30. Tezcan E: Depresyonun ayırıcı tanısı. *Duygudurum Dizisi* 2000; 2:77-98.
31. Eker E: Yaşlılık psikiyatrisi. C Güleç, E Köroğlu (eds): *Psikiyatri Temel Kitabı'nda*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 1998, s.1263-1289.
32. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA: *Geriatric Psychiatry*. DC Redford (ed): *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry'de*. Baltimore, Lippincott Williams & Wilkins, 1994, s.1155-1170.
33. Koenig HG, Blazer DG: Geriatrik afektif bozuklukların epidemiyolojisi. *GS Alexopoulos (ed), G Kotiloğlu (çev.): İleri Yaşlarda Görülen Psikiyatrik Bozukluklar'da*. İstanbul, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994, s.1-24.
34. Alexopoulos GS, Chester JG: Geriatrik depresyonun sonuçları. *GS Alexopoulos (ed), G Kotiloğlu (çev.): İleri Yaşlarda Görülen Psikiyatrik Bozukluklar'da*. İstanbul, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, 1994, s.203-224.
35. Kivela SL: İleri yaşlarda depresyonla seyreden bozuklukların tedavisi. *Current Opinion in Psychiatry* 2001; 14:387-393.
36. Newman SC, Hassan AL: Antidepresant use in the elderly population in Canada: results from a national survey. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 1999; 54:M 527-530.