

Dr. Nevzat YÜKSEL

YAŞLILIK ÇAĞI DEPRESYONLARI

DEPRESSION IN THE ELDERLY

ÖZET

65 yaş üzeri "yaşlı" olarak tanımlanmaktadır. Bu yaş grubunda klinik açıdan önemli kabul edilen depresyon sıklığı %15-20 kadardır. Ağır depresyon oranı ise %3 kadardır. Hastanede yatan olgularda bu oran %30'a dek çıkmaktadır. Yaşlılık çağında süregelen fiziksel hastalıklar sıktır. Bu hastalıklarda önemli depresyon nedenleri arasındadır. Yaşlılık çağı depresyonları belirtileri açısından gençlerde ve orta yaşlarda görülen depresyonlardan ayrılmaktadır. Yaşlılarda bilişsel bozukluklar ve somatik belirtiler sıktır. Bu olgularda tedavide ilaç seçerken antikolinergik, sedatif ve hipotansif etkileri az olan, uygulama kolaylığı olan ilaçlar seçilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlı, Depresyon, Tedavi.

ABSTRACT

The people who are over 65, are defined "old". Prevalence of depression which has clinical importance, is 15-20 percent, and prevalence of severe depression is about 3 percent. The depression rate at hospitalised patients may increase up to 30 percent. Chronic medical illnesses which are very often at the elderly, are one of the most important causes of depression. Elderly depression differ from depression at young and middle aged. Cognitive disorders and somatic complaints are very often at the elderly group. When choosing a therapeutic agent, the ones which are easily used and have low anticholinergic, sedative and hypotensive effects, should be used.

Key Words; Elderly, Depression, Therapy.

Geliş: 08.04.1998

Kabul: 30.04.1998

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Beşevler-ANKARA

İletişim: Prof. Dr. Nevzat YÜKSEL Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı. Beşevler-ANKARA Tel: (0312)2126565

YAŞLILIK ÇAĞINDA DEPRESYON

Depresyon bazen bir belirti, bazen bir sendrom, bazen de bir hastalık olarak tanımlanmıştır. Bu yaklaşım halen sürmekte ise de, artık depresyonun fizyolojik, affektif ve bilişsel belirtileri olan bir sendrom olduğunu bilmekteyiz. Depresyon yaşlılık döneminin önemli bir sağlık sorunudur. Yaşam kalitesini önemli ölçüde düşürmekte, fiziksel hastalıkların prognozunu olumsuz olarak etkilemektedir. Kolaylıkla tedavi edilen bir hastalık olmakla birlikte aynı kolaylıkla tanınmamaktadır. Olguların deprese duyguduruma göre somatik yakınmaları daha kolay ifade etmeleri, hekimlerin aynı anda var olan fiziksel hastalıklara yönelmeleri, eş zamanlı demans ve diğer fiziksel durumların varlığı, hafif depresyon belirtileri kolayca yaşlılığa bağlanması tanının atlanmasında önemli etkenlerdir. Yaşlılık çağı depresyonlarında intihar nedeni ile ve diğer nedenlerle ölüm, depresyonu olmayanlara göre çok daha fazladır. Bu oranın yüksekliği sosyodemografik nedenlere ve var olan fiziksel hastalıklara bağlanamamaktadır. Bu çalışmalarda depresyonun tam olarak bilinmeyen bir düzenceyle ölüm riskini arttırdığı ileri sürülmektedir. Yaşlı erkeklerde intihar oranı daha yüksektir.

Yaşlılık çağı (65 yaş ve üzeri) klinik açıdan Önemli kabul edilen depresyon sıklığı %15-20 kadardır. Ağır depresyon oranı %3 kadardır. Hastanede yatan olgularda bu oran %30'a dek çıkmaktadır. Bakımevlerinde bir yıl içinde yeni olguların oranı %13 olarak verilmektedir. Yaşlı nüfusun giderek arttığı düşünüldüğünde konunun önemi kolaylıkla anlaşılabilir.

Aile öyküsü, kadın olmak, bekar olmak, boşanmış olmak, sosyal desteklerin yetersizliği, stres etkenleri, tıbbi ve nörolojik hastalıkların varlığı, alkol ve madde kullanımı, daha önce depresyon atağı geçirmiş olmak, daha önce intihar girişimlerinin varlığı depresyon için normal risk etkenleridir. Yaşlılarda bunlara ek olarak eş kaybı, yaş, iş kaybı, emeklilik, günlük işlerde başkalarına bağımlılık, bilişsel bozukluk olması, iletişim becerilerinin azlığı, davranışsal sorunlar, vasküler bozuklukların varlığı, parasal sorunlar gibi etkenler de risk etkenleri arasında sayılmaktadır (16). Risk etkenleri depresyonun klinik alt tiplerinde farklılık gösterebilir. Örneğin sanrılı depresyonların MRI tetkiklerinde derin beyaz madde lezyonları daha fazla görülmektedir. Bu olgularda vasküler risk etkenleri daha fazla bulunmaktadır. Bu gözlemler, yaşlılarda, psikotik özellik gösteren depresyon olgularında organik nedenlerinin daha fazla katkıda bulunabileceğini göstermektedir (14). Yaşlılık çağında depresyon oluşumunda son bir yıl içindeki sosyal destek kayıpları ve tehdit edici yaşam olayları arasında bağlantı kurulmaktadır. Bu bağlantılar bilişsel bozukluğu olmayan olgularda daha belirgin görülmektedir (4).

TANI

DSM IV, tanı için, hemen her gün, gün boyu süren depresif duygudurum ile birlikte ilgi ve zevk azlığı gibi belirtilerden en az birini zorunlu saymaktadır (2). Bu belirti ile birlikte aşağıdaki belirtilerden en az 5'i bulunmalıdır. Bu belirtiler şunlardır: • Kilo kaybı veya kilo alma

- Uykusuzluk, fazla uyuma
- Psikomotor ajitasyon veya retardasyon
- Yorgunluk ve enerji kaybı
- Değersizlik veya suçluluk duyguları
- Düşünme ve konsantrasyon yetisinde azalma
- Yineleyen ölüm veya intihar düşünceleri, intihar girişimleri

Bu belirtiler göreceli olarak süreklilik gösterir. DSM IV'e göre, tanı için en az 2 haftalık süre gereklidir. Tanı için izlenen belirtiler, bir madde kullanım bozukluğuna, fiziksel bir hastalığa veya yaşa bağlı olmamalıdır.

Belirtilerin ağırlığına göre olgular hafif, orta veya ağır olarak gruplandırılırlar. Bu şiddet belirleyicileri prognoz açısından önem taşır. Ağır olgular psikotik belirti gösterip göstermemelerine göre iki gruba ayrılmaktadır. Psikotik belirtiler genellikle duygu duruma uygunluk göstermekle birlikte bu zorunlu değildir. Ataklar yineleyebilir. Majör depresif bozukluk önde gelen belirtilere göre katatonik, melankolik veya atipik özellikler gösteren olgular olarak alt-tiplendirilir. Olgu 2 yıl veya daha uzun süre yukarıda özetlenen tam ölçütlerini karşılıyorsa kronik olarak adlandırılır.

Yaşlılık çağı depresyonları klinik olarak gençlerdekinden farklılık gösterir. Yaşlılarda deprese duygudurum daha azdır. Oysa somatik ve bilişsel belirtiler daha siktir. Yaşlılarda aile öyküsü daha azdır. Hafif demans belirtileri veren olgular bilişsel belirtileri yanında depresyon belirtilerini ifade etmezler. Olgular sıklıkla depresyonu normal yaşlanmanın bir parçası olarak kabul ederler. Bu nedenle de sıklıkla sıkıntılarını hekimle paylaşmak istemezler. Depresyon belirtileri yaş ve cinsiyetle değişiklik gösterebilir. Örneğin yaşlı erkeklerde genel somatik yakınmalar, başlangıç ve orta dönem uykusuzluğu, ilgi azlığı ve deprese duygudurum; yaşlı kadınlarda bunaltı, genel somatik yakınmalar, başlangıç dönemi uykusuzluğu, ilgi azlığı ve deprese duygudurum önde gelen belirti olabilir. Paranoid düşünceler ve depersonalizasyon kompulsif belirtiler her iki grupta da az bulunmaktadır. Diurnal değişkenlik yaşlı kadınlarda daha fazladır. Yaşlı kadınlarda görülen libido azlığı depresyon ile ilişkili bulunmamaktadır. Psikomotor retardasyon belirtileri erkeklerde daha fazladır (12). Bazı araştırmalarda pesimizm erkeklerde daha fazladır. Kadınların da kaygı düzeyi daha yüksektir (11). Geç yaşlardaki bazı depresyonların bazı organik hastalıkların prodromal belirtisi olabileceği de unutulmamalıdır. Bu özellikle demans için daha fazla önem taşımaktadır (17). Bunlara ek olarak, yaşlılık çağında serebral atrofi ve derin beyaz madde değişiklikleri de sık olarak bulunmaktadır. Bu nedenle değişik yaş gruplarında tanılabilirliği fazla olan belirtiler mutlaka sorulmalıdır. Maskeli depresyon da yaşlılarda siktir.

Kanser, kardiyovasküler hastalıklar, nörolojik bozukluklar, metabolik bozukluklar, artrit diğer birçok fiziksel hastalık veya ilaç depresyon belirtisi verebilir. Bu nedenle ayrıntılı bir değerlendirme yapmak zorunludur. Örneğin; kanser olgularının en az %25'i majör depresyon veya deprese duygudurum ile uyum bozukluğu tam ölçütlerini karşılamaktadır. Süreğen fiziksel hastalarda depresyon olasılığı bazı araştırmalarda %100'e çıkmaktadır. Bu

gözlemler depresyon olgularını klinik açıdan değerlendirilmesinin önemini açıkça göstermektedir. Depresyonun değerlendirilmesinde birçok araç ve biyolojik ölçümler olmasına karşın, halen ayrıntılı bir öykü alınması, fiziksel hastalıkların fizik muayene-tetkiklerle dışlanması ve gözlem iyi bir tanısal değerlendirme için en iyi yoldur. Tablo 1'de depresyon için tetkik kılavuzu verilmiştir (3,19). Özgül tanısal testler olmamakla birlikte;

- Dekametazon supresyon testi
- TRH'a TSH yanıtı
- Trombosit MAO aktivitesi değişiklikleri
- Trombosit imipramin ve a2 bağlanmasındaki değişiklikler bazı alt gruplarda pozitif sonuç vermektedir. Gerek duyulan olgularda yararlanılabilir.

Tablo 1: Depresyon için tetkik kılavuzu

Tam kan sayımı	Serum B 12 ve folat
Elektrolitler	Sedimantasyon
Glukoz	Antinükleer antikor
BUN	Seruloplazmin
Kreatinin	PPD
KCFT	LP
Kalsiyum, fosfat	Radyolojik tetkikler
VDRL	Göğüs filmi
İdrar tetkiki	CT
Serum ve idrarda toksik tarama	MRI
Tiroid fonksiyon testleri	TEK foton emisyon tomografisi
EKG	PET
Koryonik gonadotropin	Diğer tanısal testler
	DST
	TRH uyarım testi
	EEG
	Polisomnografik kayıt

Yaşlılar sık olarak ilaç kullanırlar. Çoğul ilaç kullanımı da yaşlılarda sık rastlanan bir durumdur. İlaça bağlı depresyonlar siktir. Bu tür depresyonlar ilaç başlamasından günler, haftalar sonra ortaya çıkarlar ve psikotrop ilaçlarla etkileşebilirler. Araştırılmalıdır.

Antihipertansifler sık olarak depresyon nedenidir. Beta blokerler bu konuda klinik açıdan önemlidir. Yaşlılarda risk altında olanlarda antihipertansifler kullanılacaksa diüretikler, kalsiyum kanal blokerleri, ACE inhibitörleri tercih edilmelidir.

Kortizon kullanımı sık olarak psikiyatrik belirtilere neden olur. Bu ilaçla psikiyatrik belirti olasılığı %33 olarak verilmektedir. Depresyon bunlar arasında önemli bir yer tutmaktadır. Kullanımı zorunlu olduğunda, mümkün olan en düşük doz kullanılmalıdır.

Parkinson hastalığı ve antiparkinson ilaçlar (levodopa ve benzerleri) önemli bir depresyon nedenidir. Yaşlılarda süregelen ağrı ve uyku sorunları siktir. Ağrı ve uyku için kullanılan ilaçların önemli bir bölümü depresyon nedenidir.

Alzheimer olgularının yaklaşık yarısında depresyon vardır. Bu olgularda depresyon bilişsel bozuklukları artırır. Alzheimer hastalığının erken dönemlerinde olguların %10'u majör depresyon, %30 kadarı da minör depresyon belirtileri gösterir. Hızlı bilişsel yıkım gösteren olgularda depresyon olasılığı daha yüksektir. Fiziksel hastalığın varlığı ilaç yan

etkilerine karşı duyarlılığı artırır. Yaşlılarda koroner kalp hastalığının şiddeti ile depresyon arasında doğrudan bir bağlantı kurulmaktadır. Koroner kalp hastalığı olan erkeklerde %29, kadınlarda %20 oranında depresyon bulunmaktadır. Kadınlarda koroner kalp hastalıkları ile depresyon arasında böyle bir bağlantı kurulmamaktadır. Erkek koroner kalp hastalığı olgularında depresyon ağır dispne ile bağlantılı bulunmuştur. Koroner kalp hastalığı ile depresyon arasında nedensellik ilişkisi kurulamamakta, bağlantının akut ve kronik stres ile bağlantılı olduğu kabul edilmektedir (1). Yaşlılarda ölüm ile depresyon belirtileri arasında doğrudan ilişki kurulmaktadır. Takeida ve arkadaşları 60-74 yaşları arasında 2166 yaşlı olguyu yaklaşık 5 yıl süre ile incelemişlerdir. Bu olgularda depresif belirtiler Zung ölçeği ile değerlendirilmiştir. Olgular depresyon belirtilerinin şiddetine göre 3 alt gruba ayrılmıştır, en çok ölümün belirtileri en yüksek olan grupta olduğu görülmüştür. Benzer şekilde kanser, pnömoni, intihar da belirgin olarak bu grupta yüksek olarak bulunmuştur. Bu farklılık depresyonda bağışıklık sisteminin bozulması ile açıklanmaktadır (18). Depresyonun genel olarak fiziksel hastalıkların prognozunu kötüleştirdiği ve iyileşmeyi zorlaştırdığı, mortaliteyi de arttırdığı kabul edilmektedir (5) (Cole ve Bellavance, 1997).

Yaşlılarda inmeler, tiroid işlev bozuklukları diğer önemli depresyon nedenlerindedir. İnme sonrası depresyonlarda belirtilen yoğunluğu ile günlük aktivite düzeyi arasında ters bir bağlantı bulunmaktadır (9).

Yaşlılık çağı depresyonlarında;

- Tanı tekniklerinin geliştirilmesi,
- Subkortikal beyin anormallikleri ile depresyon ve bilişsel bozukluklar arasındaki ilişkinin açıklığa kavuşturulması,
- İleri derecede yaşlılarda farmakokinetik değişikliklerin belirlenmesi ve metabolik alt tiplendirme yapılması,
- Depresyon ve tıbbi hastalıklar arasındaki ilişkilerin belirlenmesi,
- Genel risk etkenleri ve depresyonun seyri arasındaki ilişkilerin saptanması,
- Demografik alt gruplarda depresyon ve intihar ilişkilerinin saptanması,
- Yaşlılarda EKT'nin sürdürme tedavisindeki yeri,
- Patolojik yas tepkilerinin tedavisi konularının araştırılması ve geliştirilmesi gerekli görülmektedir.

YAŞLILIK ÇAĞI DEPRESYONLARINDA TEDAVİ

Antidepresan ilaçların yaşlılık çağı depresyonlarında eşit etkinlikte olduğu kabul edilmektedir. İlacın psikososyal önlemlerle birlikte uygulanması halinde terapotik etkinliğinin arttığı genel olarak kabul edilmelidir. Yaşlılarda karaciğer ve böbrek işlevlerinde görülen gerilemeler ve proteine bağlanmanın azalması yan etki olasılığını önemli ölçüde arttırmaktadır. Bu nedenle ilaç kullanımının geriatri grubunda en aza indirilmesinde yarar vardır.

İlaç seçerken şunlara dikkat edilmelidir;

Önde gelen belirtiler

- O sırada olgunun almakta olduğu ilaçlar
- Kullanılan antidepresan ilacın yan etki profili
- Eşlik eden tıbbi durumlar

Tablo 2: Antidepresan ilaçların reseptör afiniteleri ve doz aralıkları

Preparat adı		5-HT	NE	DA	Antikolinergik	Sedatif	Ortostatik	Kardiyak	Etkin doz aralığı
					etki	etki	etki	yan etki	mg/gün
İmipramin	Tofranil, 10 ve 25 mg'dır	3	3	0	3	2	3	3	25-300
Amitriptilin	Laroxyl, Triptilin	4	2	0	4	4	4	4	25-300
Opipramol	İnsidon, İnsomin				3	4			50-300
Desipramin*					0-1	0-1	0	1	
Klomipramin	Anafranil, 10 ve 25 mg'dır	4	1	1	4	3	1-2	3	50-200
Fluoksetin	Prozac, Depreks 20 mg cap	3	0	0	0	0	0-1	0	20-80
Sertralin	Lustral 50 mg cap	4	0	0-1	0	0-1	1	0	50-200
Paroksetin	Seroxat 20 mg cap	4	0	0	0	0-1	1	1	20-60
Fluvoksamin	Faverin 50 mg cap	3	0	0	0	1	1	0	100-300
Sitalopram	Cipram 20 mg tab	3	0	0	0	0-1		0	20-60
Venlafaksin	Efexor, 37.5 ve 75 mg tab	3	2	1	0-1	0	0	0	75-375
Trazodon	Desyrel, 50 ve 100 mg tab	3	0	0	0	3		1	50-300
Nefazodon*									
Maprotilin	Ludiomil, Maprotil 25 ve 75 mg tab	0	3	0	2	1	1	1	50-200
Amineptin	Survector 100 mg tab	0	0	3	0	0	0	0	200
Bupropion*		0	0	1	0	0	0	0	
Amoksapin*					0-1	0-1	0-1	0-1	
Mianserin	Tolvon 10 ve 30 mg tab	0	2	0	1			0	30-150
Moklobemid	Aororiz 100, 150 ve 300 mg tab	0	0	0	0	0	1	0	300-600
Alprazolam	Xanax 0.5 ve 1 mg tab	0	0	0	0	3	2		0.5-8

0= Etkisiz, 4= Belirgin etki SE= Serotonergik, NE= Noradrenergik, DA= Dopaminergik *Ülkemizde bulunmamaktadır.

Yaşlılarda antidepresan ilaçlar kural olarak düşük dozda başlanmalı ve yavaş yavaş artırılmalıdır. İlaç dozu gençlerdekinin 1/2-1/3'ü kadardır. Önemli olarak klinik etkilerin ortaya çıkışı, gençlerde biraz daha fazla vakit alır. Bu nedenle, yaşlılarda bir antidepresan ilaç hakkında karar vermek için 6-8 haftalık süreye gerek vardır.

Yaşlılar için ideal antidepresan ilaç yan etkileri az, yarı ömrü kısa, aktif metaboliti olmayan, günde bir kez alınabilen, alkol ve diğer ilaçlarla etkileşimi olmayan, kan düzeyi ölçülebilir olan bir antidepresan olmalıdır. Zorunluluk yoksa, sedatif etkilerden de kaçınılmalıdır. Tablo 2'de antidepresan ilaçların klinik ve farmakolojik özellikleri özetlenmiştir (10,13).

Antikolinergik etkilerinin olmaması, kardiyotoksitesitelerinin bulunmaması, aktive düzeyini artırması, yüksek dozlarının öldürücü olmaması nedeni ile özgül serotonin geri alım engelleyicileri yaşlılar için uygun antidepresanlardır. Bu nedenle özgül serotonin geri alım engelleyicileri yaşlılarda ilk seçenek antidepresanlar olmalıdır. Örneğin; akut medikal hastalığı olan ve hastanede yatarak tedavi gören olgularda fluoksetin denenmiş, yanıt Hamilton Depresyon Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Plasebo kontrollü olarak yapılan bu çalışmada fluoksetin grubunda iyileşme oranı plasebonun 1.8 katı bulunmuştur (6).

Yaşlılık çağı depresyonlarında anksiyete düzeyinin yüksek olduğu olguların tedaviye yanıt verme olasılığı ve tedaviyi bırakma olasılığı diğerlerine göre daha düşük bulunmaktadır (7). Ancak izlemede prognoz açısından önemli bir fark göstermemektedir (S).

KAYNAKLAR

1. Ahto M, Isoaho R, Poulijoki H: Coronary hearth disease and depression in the elderly, a population based study. *Fam Pract*, 1997; 14 (6): 436-445.
2. Amerikan Psikiyatri Birliği: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Baskı (DSM IV), 1994, Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'den çeviren Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
3. Avant R; Diagnosis and treatment of depression. *Psychopathology*, 1987, 20 Suppl 1: 13-19.
4. Cervilla JA, Prince MJ: Cognitive impairment and social distress asb different pathways to depression in the elderly: A cross -sectional study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1997; 12 (10): 995-1000.
5. Cole MG, Bellavance F: Depression in the elderly medical inpatients: a meta-analysis of outcomes. *CMAJ*, 1997; 157 (18): 1055-1060.

6. Evans M, Hammond M, Wilson K, 1997: Placebo controlled treatment trial of depression in the elderly ill patients. *Int J Geriatr Psychiatry*, 12 (8): 817-824.
7. Flint AJ, Rifat SL: Anxious depression in elderly patients. Response to antidepressant treatment. *Am J Geriatr Psychiatry*, 1997a; 5 (2): 107-135.
8. Flint AJ, Rifat SL: Two-year outcome of elderly patients with anxious depression. *Psychiatry Res*, 1997b; 66 (1): 23-31.
9. Fuh JL, Liu HC, Wang SJ: Poststroke depression among the Chinese elderly in a rural community. *Stroke*. 1997; 28 (6): 1126-1129.
10. Kasper S, Höflich G, Schol HP: Safety and antidepressant efficacy of selective serotonin reuptake inhibitors. *Human Psychopharmacol*, 1994; 9: 1-12.
11. Katona C, Livingstone G, Manela M: The symptomatology of depression in the elderly. *Int Clin Psychopharmacology*, 1997; 12 (Suppl, 7): 19-23.
12. Kivela SL, Pakkala K: Symptoms of depression in old people in Finland. *Z Gerontol*, 1988; 21 (5): 257-263.
13. Leonard BE: Pharmacological effects of serotonin reuptake inhibitors. *J Clin Psychiatry*, 1988; 49 (8, Suppl): 12-17.
14. O'Brien JT, Ames D, Schweitzer I: Clinical, magnetic resonance imaging and endocrinological differences between delusional and non-delusional depression in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 1997; 12 (2): 211-218.
15. Shua-Haim JR, Sabo MR, Comsti E; Depression in the Elderly, *Hospital Medicine*, 1997; 33 (7): 45-48.
16. Steeman E, Abraham IL, Godderis: Risk profiles for institutionalization in a cohort of elderly people with dementia or depression. *Arch of Gen Psychiatry* Nur, 1997; 11 (6): 295-303.
17. Sunderland T, Lasser RA, Levin R: Depression in the elderly; Biologic considerations. *Int Clin Psychopharmacology*, 1997; 12 (Suppl, 7): 15-18.
18. Takeida K, Nishi M, Miyake H; Mental depression and death in elderly persons, *J Epidemiol*, 1997; 7 (4): 210-213.
19. Yüksel N: Duygudurum Bozuklukları. "Ruhsal Hastalıklar"da. Hatiboğlu Yayınevi, 1995. Ankara.
20. Yüksel N: Antidepresan ilaçlar. "Psikofarmakoloji"de. Bilimsel Tıp Yayınevi, 1998; Ankara.