

Dr. Burhanettin KAYA

YAŞLILIK ve DEPRESYON - I TANI ve DEĞERLENDİRME

LATE LIFE and DEPRESSION: DIAGNOSIS and ASSESSMENT

ABSTRACT

ÖZET

Depresyon yaşlı nüfusu etkileyen yaygın psikiyatrik bozukluklardan biridir. Tedavi edilmediğinde erken ölüm, genel sağlık durumunda bozulma gibi olumsuz sonuçlar yaratırken, doğru tanınıp, uygun bir şekilde tedavi edildiğinde yaşlının yaşam kalitesini arttırmak mümkün olabilmektedir. Yaşlanma sürecinde beyinde gelişen nörobiyolojik değişiklikler ve diğer sistemlerde ortaya çıkan işlev bozuklukları bilişsel ve bedensel işlevleri etkilediği için yaşlıda depresyonun tanınması güçleşmektedir. Bedensel hastalıkların, zihinsel ve ruhsal diğer hastalıkların varlığı, bireyin genel sağlık durumu, kullandığı ilaçlar da depresyon tablosunu karmaşık hale getirmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yaşlılık, Yaşlanma, Depresyon, Tanı, Değerlendirme.

Depression is one of the most common psychiatric disorders influencing the elderly population. Untreated depression may lead to early death and worsening in general health. However, proper evaluation and appropriate treatment will enhance quality of life in the elderly people with depression. As some neurobiological changes in the aging brain and dysfunctions within other systems deteriorate cognitive and bodily functions, recognition of depression in elderly people is very difficult. Depression may be complicated by comorbid medical and cognitive conditions, general health status of patient and drugs used for other illnesses.

Key Words: Elderly, Aging, Depression, Diagnosis, Assessment.

Geliş: 17.01.1999

Kabul: 06.03.1999

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı-MALATYA

İletişim: Dr. Burhanettin KAYA: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı-MALATYA
Tel: (0422) 341 06 60

Birey zaman denizinden başarılı bir "yaşama ve yaşlanma süreci" ile geçip, yolculuğunun sona ereceği karşı kıyıya yaklaştıkça Erikson'un (1963) tanımladığı "benlik bütünlüğüne"de ulaşmaktadır. Temel kişilik özellikleri yaşam boyunca fazla değişmese de birey gelişim süreci ile birlikte daha olgun psikolojik savunma düzeneklerini kullanmaya başlamakta, bu da iyi bir psikososyal uyumu hazırlayarak, bireyin yaşama daha geniş bir bakış açısı ve bilgelikle bakma becerisi kazanmasını sağlamaktadır (17).

Ne var ki bu istenen sonuca her birey ulaşamayabilmektedir. Biyolojik yapı, geçirilmiş deneyimler, benlik gücü, başa çıkma yöntemleri, sosyal destekler, fiziksel sağlık durumu, sosyoekonomik koşullardaki yetersizlikler yaşlılıkta sorunlara yol açabilmektedir.

Görülme sıklığı

65 yaş üstündeki yaşlılarda majör depresyon yaygınlığı çeşitli çalışmalarda %1-3 olarak bildirilirken, distimi %2, klinik olarak anlamlı düzeyde depresyon belirtileri ise %8-15 oranında bildirilmektedir (5,29,38). Beklendiği gibi tedavi ve bakım ortamlarında depresyon sıklığı toplumda görülme sıklığından daha yüksektir. Çeşitli nedenlerle doktora başvuran hastaların %15'inde, bakımevlerinde kalanların %25'inde depresyon olduğu ileri sürülmektedir (26). Evans ve Katona (1993) Geriatrik Depresyon Skalasını kullanarak birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran erkek yaşlı hastaların %30'unda, kadın hastaların %40'unda depresyon belirtileri saptamışlardır. Hastanede yatan yaşlılarda depresyon görülme sıklığı ise %10-45 olarak bildirilmektedir (28).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise 65 yaş üzerinde majör depresyon yaygınlığı %6, depressif belirtiler %11

olarak saptanmıştır (33). Yine ülkemizde yapılan başka bir çalışmada, alanda %29, kurumda yaşayanlarda %41 gibi yüksek bir oranda depresyon bulunmuştur (4).

Yaşlanma süreci

Simone de Beauvoir'in (1970)'da belirttiği gibi ilerleyen yaşla birlikte birey, yeti yitiminin getirdiği çaresizlik duygusu ve ölümün belirsizliğiyle yüz yüze gelmektedir. Yaşlılık morfolojik, fizyolojik ve patolojik değişikliklerin olumsuz yönde ilerlediği, çeşitli hastalıkların birleştiği, fizik ve ruhsal yeteneklerin gerilediği bir "yetmezlik olayı" olarak değerlendirilebilir (22). Yaşlanma sürecinde ortaya çıkan fiziksel ve psikososyal değişiklikler hem depresyona zemin hazırlama, hem de tedaviye yanıt sürecini etkileme açısından önemlidirler.

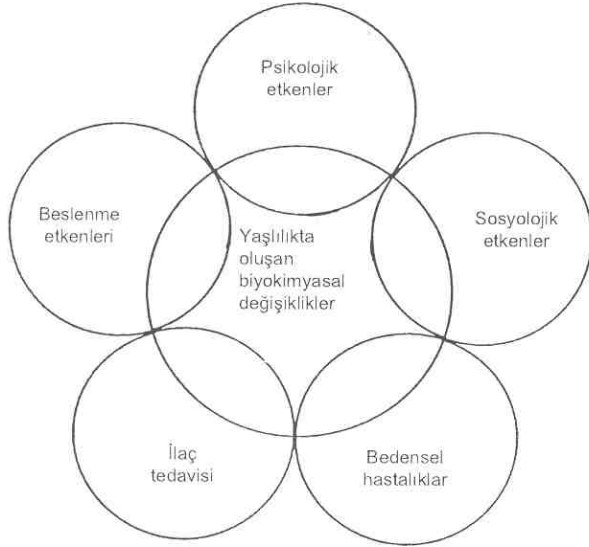
Yaşlanmayla ortaya çıkan bedensel değişiklikler

Yaşlanma süreciyle serebral kan akımında, nöron ve sinaps sayısında azalma, glial hücrelerde artma, myelin kılıfında kalınlaşma, kan damarlarında aterosklerozis, kapiller fibrozis ortaya çıkmaktadır (24). Genom yapısında ortaya çıkan değişiklikler, protein sentezini ve glükoz metabolizmasını değiştirmekte, yine yaşla beyin metabolizması yavaşladığından enerji bağımlı bir süreç olan nöro-transmitter sentezi de azalmaktadır (42). Yaşlanmayla birlikte depresyondakine benzer şekilde, serotonin, dopamin, norepinefrin ve GABA'nın ve metabolitlerinin beyin konsantrasyonları azalmaktadır. Serebral kortekste asetilko-linesteraz ve asetilkolin transferaz azalmakta, MAO-B enzimi aktivitesi artmaktadır. Ayrıca hipotalamo-pituiter-adrenal eksen (HPA) ve sempatik sinir sistemi aktivitesi de artmaktadır (24,34,36,42). Tablo 1'de bu değişiklikler sunulmuştur.

Tablo-1: Yaşlanan beyinde ortaya çıkan nörotransmitter değişiklikleri

	Korteks	Hipokampus	Kaudat Nukleus	Talamus
Kolin asetil transferaz	↓	↓	↓	
Asetil kolin esteraz	→	→	→	
Muskarinik reseptörler	↓	↓	→	↑
Nikotinik reseptörler	↓	↑		↑
5-HT	↓	→	↓	→
5-HIAA	→	→	→	→
Noradrenalin	↓	↓	→	→
alfa-reseptörler	→	→		
beta-reseptörler	→			
Dopamin	→	↓	↓	↓
HVA	↑	→	↓	
D1 reseptörleri			↑	
D2 reseptörleri			↓	
Monoamin oksidaz-B	↑	↑	↑	↑
Glutamik asit dekarboksilaz	↓		→	↓
gama-aminobütirik asit reseptörleri	↑		→	↓

Gottfries ve Karlsson (1997) 'den alınmıştır.



Şekil-1: Yaşlılıkta depresyona zemin hazırlayan etkenler

Beyin yapılarındaki bu dejeneratif değişiklikler "bellek, dikkat, algı" gibi bilişsel işlevleri ve psikomotor aktiviteyi olumsuz etkilemektedir. Bu da başlangıçta duygusal dalgalanma ve şiddet gibi belirtilerle kendisini gösterebilmektedir (42). Yaşlılıkta görme, işitme, tat, koku alma, vibrasyon duyuları zayıflamakta, bu da algı netliğini azaltarak bilişsel bozukluklara katkıda bulunmakta ve günlük yaşam işlevlerini olumsuz etkilemektedir (8,42).

Beyindeki bu değişiklikler yaşlıda depresyon, deliryum ve bunamaya yatkınlığı arttırmaktadır. Ayrıca sinir sistemi ile yakın etkileşimde olan bağışıklık sisteminde, özellikle otoimmün sistemde ortaya çıkan değişiklikler hastalık süreçlerini ağırlaştırmaktadır.

Yaşlanmayla gelişen diğer fizyolojik değişiklikler ilaç yan etkileri açısından önem taşımaktadır. Gözde ön kamaranın sığlaşması, göz içi basıncında artmaya ve glokoma neden olabilmektedir. Akciğerlerde vital kapasitenin ve bronşların kendilerini temizleme kapasitesinin azalması sedatif antidepressanlarla pnömoni riskini arttırmaktadır. Kardiyovasküler sistemde ateroskleroz insidansı arttığı için aterosklerotik kalp hastalığı ve aritmi sıklıkla görülmektedir. Prostat hipertrofisi üriner retansiyona yol açmaktadır. Nefron sayısında azalma, böbrek kan akımında yavaşlama ve glomerüler filtrasyonda azalma ilaçların atılımını azaltarak toksisite riskini arttırmaktadır (32).

Psikososyal değişiklikler

Yaşlılıkta gücün, prestijin, fiziksel becerilerin, gençlik ve güzelliğin, arkadaşların, yakın ilişkilerin, cinsel olanakların, saygınlığın, sosyal yaşantı ve desteklerin azalması depresyonu hazırlamaktadır (27,35). Yaş ilerledikçe bireyin yeterli, etkin, güçlü biri olarak yaşamını devam ettirmesi zorlaşmaktadır. Sahip olduğu etkin rolleri kaybedip, edilgin bir pozisyona yöneldiği bu dönemde, daha önce çeşitli kaynaklardan karşılayabildiği narsistik gereksinimlerini karşılamak güçleşmektedir.

Emeklilik bireyde travmatik bir yaşantıya dönüşmekte ve psikososyal kimliğini olumsuz etkilemektedir (22). Hızlı bilgi akışı ve değişimi, onun bilgilerini geçersiz kıldığı için artık gençlere danışmanlık yapması da söz konusu olamamaktadır. Yaşam deneyimleri aracılığı ile kazandığı bilgeliği, yaşam tarzları ve toplumsal değerler oldukça değiştiği için anlamsız kalmaktadır. Geleneksel toplumlarda yaşlıların sahip olduğu konum, modern zamanlarda ve toplumlarda değerini kaybettiğinden yaşlının artık bir işe yaramadığı düşüncesini geliştirmesi hemen hemen kaçınılmazdır.

Bunun yanı sıra birey yaşlılıkta varlığını inciten birçok talihsizlikle karşı karşıya gelmektedir. Sosyal atomunda yer alan önemli insanları, sevdiklerini giderek yitirmektedir. Çocukları evden ayrılarak, arkadaşları, yakınları, tanıdıkları ve en önemlisi eşi ölecek onu terk etmektedir. Bu obje ve ilişki yitimleri, alternatiflerin azalması, yenilik arayacak olanakların ve enerjinin kısıtlı olması ve uyum sağlama esnekliğinin azalması nedeniyle baş edilmesi güç yaş tepkilerine neden olmaktadır (22). Diğer insanlara güven azlığı, şiddete maruz kalma korkusu, maddi desteklerinin azalması da onu toplumdan yalıtmakta, yalnızlık ve yabancılaşma duygularını belirginleştirmektedir (23).

Sadece sevdikleri değil, sağlığı da onu terk etmektedir. Eski gücü kalmamıştır; gücü kendisine bakmaya bile yetmez hale gelmiştir. Hareket yetisi azalmış, artık "yardım eden, yetkin, veren" biri değil, "yardım alan" biri olmuştur. Azalmış maddi olanakları da onu başkalarına bağımlı kılmaktadır. Büyük bir olasılıkla evinde yaşama olanağını kaybetmiş, her zamanki düzeninin dışında bir düzende yaşamaya başlamıştır. Kendisine kalan yaşam süresinin bitmekte olduğunun, ölmekte olduğunun farkına varması da benliğinde başka bir tehdit oluşturmaktadır. Geride bıraktığı yaşam pişmanlıkları, yaşanmamışlıklarla dolu olduğunda ölüm düşüncesi benliğini korkuyla yüklemektedir. Bu da davranışlarına huysuzluk, inatçılık, bencillik ve cimrilik olarak yansıyabilmektedir.

Bedensel sağlığın bozulması, fizik yetilerde yitim, sosyal yalıtım, gelir azalması gibi etkenlerin getirdiği bu negatif bilançolu değişim (22), bireyde depresyon tablosu ile sonuçlanabilmektedir.

Yaşlılıkta depresyon için risk etkenleri

Kadın olmak, düşük sosyoekonomik statüde olmak, dul olmak, yalnız yaşıyor olmak, sosyal destek azlığı, bilişsel bozukluğa ya da kronik fiziksel hastalığa sahip olmak, günlük yaşam aktivitelerinde kendi kendine yeterli olamamak gibi koşulların depresyon için zemin hazırladığı çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (6,20,31,33,39). İlk depresyon atağını yaşlılık döneminde geçiren kişilerde, ailede depresyon öyküsünün olmaması genetik etkilerin yaşlılarda önemli olmadığını düşündürmektedir (7).

Karsinoma, insuloma, beyin tümörleri, lösemi, pankreas başı kanseri, kronik diyaliz depresyona neden olabilmektedir. Tiroid hastalıkları, metabolik hastalıklar, geç başlayan diyabet, hiperadrenokortisizm, hiperosmolar durumlar, kronik obstrüktif akciğer hastalıklarına ikincil hiperkapni, hepatik ansefalopati, influenza, viral pnömoni gibi hastalık-

larda bilişsel değişiklikler (bellek, dikkat, algı bozuklukları, öğrenme gücü vb.) ve ikincil depresyon gelişme olasılığı fazladır. B 12 ve folat eksikliği de yaşlılarda depresyon için risk etkenidir (21).

Nörodejeneratif hastalıklar da depresyon riskini artırır. Vasküler demansta depresif semptomatoloji sık görülür (42). Felç geçiren hastaların %10-30'unda depresyon görülmektedir (1,1,37). Lezyon sol frontal korteks ya da sol bazal ganglionda ise depresyon gelişme riski daha fazladır (15). Parkinson hastalığının büyük bir bölümünde distimi ya da majör depresyon olduğu belirtilmektedir.

Uzun süreli antihipertansif, β -bloker, diüretik, digoksin, amantadin, levodopa, simetidin, glikokortikosteroid, östrojen preparatları, vincristin, vinblastin, hipoglisemik ajanlar, benzodiyazepin ve nöroleptik kullanımı da depresyona neden olabilmektedir (20,21,42).

Klinik görünüm ve ayırıcı tanı

Biyolojik, psikolojik ve sosyal birçok etken bir araya gelip, santral sinir sisteminin düzen ve dengesini olumsuz etkileyerek depresyonu başlatabilmektedir. Hangi nedenle başlarsa başlasın, nedenine bakılmaksızın depresyon süreci hastalarda benzer belirtilere yol açmaktadır. Ancak bireyin kişilik özellikleri, psikolojik yapısı, yakınları ve diğer insanlarla sosyal ilişkileri, içinde yaşadığı kültürün yapısı ve hastalığın biyolojisi hastalığın klinik tablosunu şekillendirmektedir (3 I). **Depresyonda sıklıkla görülen belirtiler**

- çökkün duygudurum
- enerji azalması, psikomotor işlevlerde yavaşlama
- konsantrasyon gücü
- iştah ve kilo değişikliği
- uykuların bölünmesi, uyku azlığı, sabah erken uyanma
- bedensel ağrıların ve yakınmaların artması, hipokon driyazis
- yaşamdan zevk almama
- üzüntü, gerginlik,
- değersizlik düşüncesi
- kayıpla başa çıkma becerisini kaybetme tarzındadır (30).

Bu belirtilerin birkaçının iki hafta boyunca hemen her gün olması koşuluyla tanı konur.

İleri yaşlarda depresyonda, duygudurum belirtileri olan hüzün, elem, üzüntü ön planda olmayabilir. Yaygın anksiyete, sinirlilik, huzursuzluk, çocuksu davranışlar, inatçılık, sürekli yakınma, sızlanma, aşırı talep edicilik de depresyonun maskeli görünümüdür (31). Böyle yaşlılar depresyonda olduklarını inkar etseler de işlevsellikleri azaldığı için ivedilikle tedavi edilmeleri gerekmektedir.

Yaşlılarda görülen depresyonda bedensel yakınmalar ve endişeler daha ön plandadır. Organ işlevlerinde bozulma ya da hastalıkla ilgili, bizar (garip, acaip) nitelikli, nihilistik (iç organların çürüdü, yok gibi vb.) sanrılar, ajitasyon, bellek bozuklukları ileri yaş depresyonunun belirgin özellikleridir.

A tipik ve maskeli depresyon tanısı koyarken dikkatli bir fiziksel ve ruhsal muayene zorunludur. Klasik endojen delüzyonel (psikotik) depresyon daha kolay tanınabilir. Paran-oid düşünceler, kötülük görme, yoksulluk sanrıları ya da hipokondriyak sanrılar sık görülür. Psikotik depresyonda özkıym riski oldukça yüksektir (31).

Depresyonla ortak semptomları olan ya da depresif semptomların eşlik etmesine neden olan organik hastalıklar tanıyı ve tedaviyi güçleştirirler. Kanser, endokrinopatiler, kollajen hastalıklar, madde kötüye kullanımı, üremi, hepatit, pankreatit, gibi hastalıklar organik beyin sendromuna yol açarak bilişsel işlevleri bozabilirler. Ortaya çıkan klinik tabloyu taklit edebilirler.

Demansiyel süreçte ortaya çıkan bilişsel değişiklikler de depresyona benzerliği nedeniyle ayırıcı tanıda sorun oluşturabilirler. Demansta yönelim, yakın bellek ve soyut düşünce bozukluğu ön plandadır. Hasta muayene sırasında hekimin sorularına ilgisiz, masallama tarzında anlamsız yanıtlar verir. Perseverasyon, ilkel refleksler, afazi ve diğer nörolojik bozukluklar tabloya eşlik eder.

Psödodemans. "depresyonun demans sendromu" olarak bilinir: Depresyonda dikkat, bellek gibi bilişsel işlevler bozulabilir; bu durum "psödodemans" olarak adlandırılmaktadır. Demansın erken evrelerinde, psödemanstan ayırımı güç olmaktadır. Psödodemanda hastanın dikkati dağınıktır. Düşünceleri bir şeylere takılıp kalmıştır. Psikomotor yavaşlama ve küntleşme vardır. Sorulara sıklıkla "bilmiyorum", "hatırlamıyorum" gibi yanıtlar verir. Depresyon düzeldikten sonra bilişsel semptomlarda düzelmeye görülmeyle birlikte daha ileri dönemlerde demansiyel bir süreç gelişebilmektedir (1,2).

Anksiyete bozuklukları da depresyonla karışabilir. Anksiyete semptomları majör depresyonda da görüldüğü için primer hastalığın hangisinin olduğunu saptamak için ayrıntılı bir değerlendirme yapmak gereklidir. Anksiyete bozuklukları genç hastalarda, daha fazla, görülür (42). Depresyonda erken uyanma söz konusu iken anksiyete de uykuya dalma gücü söz konusudur. Anksiyete ve depresyonun birlikte olduğu durumların sıklığı daha çok göz önünde bulundurulmalıdır.

Yas ve hüznün de depresyonu taklit etmektedir. Bu duygular kayba verilen insanca doğal tepkiler olmalarının yanı sıra, bireyin ruhsal gelişim sürecine, benliğinin bütünleşmesine katkıda bulunmaları açısından önem taşımaktadırlar. Birey kayıp yaşantılarıyla karşılaştığında yaşam ve ölümlü yüzleşmektedir. Yaşamdaki kayıpların, hayal kırıklıklarının ve travmaların kabul edilmesi bu yaş döneminin gelişimsel görevidir (12).

Ölümlü sonlanan bir yaşam sürdürdüğünün farkına varmakla birey nihai başarı, saygınlık, kendini gösterme, mükemmelle ulaşma fantezilerini terk edip, "geçmişin" yanılsamalarından kurtularak şimdiki zamanda yaşamayı öğrenebilmektedir (40). Diğer insanlar ve diğer canlılar gibi rastlantısal zorunluluklar doğrultusunda sıradan bir yaşam sürdürdüğünü, yaşamının sınırlı olduğunu ve biyolojik

yasalarla işlediğini anladığı ve kabul ettiği takdirde olgunluğa ve yaşamın anlamına kavuşabilmektedir (40).

Yas ve hüznün tepkileri böyle bir olgunlaşma sürecine aracılık ettiği sürece tedaviyi gerektirmez. Ancak uzun süren ve bireyin işlevselliğini azaltarak günlük yaşamını sürdürmesini güçleştiren bir tabloya dönüştüğünde tedavi edilmelidir.

Tanı koymada karşılaşılan diğer güçlükler

Depresyon tanısı koyarken ayrıntılı bir klinik öykü alınması ve fiziksel değerlendirme oldukça önem taşımaktadır. Olası fiziksel hastalıklar, beslenme ve sıvı-elektrolit durumu gerekli laboratuvar tetkikleriyle ayrıntılı olarak değerlendirilmelidir.

Psikiyatrik değerlendirmede özenli olmak gerekmektedir. Depresyon tanısı koyarken dikkatli olunması gereken bir durum, semptomatik bir bireyle, klinik sendromu olan bireyin ayırt edilmesidir. Yanlış tanı ve tedavi özellikle yaşlılarda kaçınılması gereken durumlardır. Yaşlılarda tam koymada Hamilton Depresyon b ölçeği (HAM-D), Beck Depresyon Ölçeği gibi ölçekler çok yardımcı olamazlar. Çünkü yaşlılıkla ilgili fizyolojik değişiklikler ve fiziksel hastalıkların belirtileri depresyonun fizyolojik belirtileriyle karışabilir. Bekaroğlu ve ark (1991)'nin yaptıkları çalışmada depresyon yaygınlığının yüksek oranda saptanması olasılıkla böyle bir ölçek seçiminden dolayı ortaya çıkmıştır.

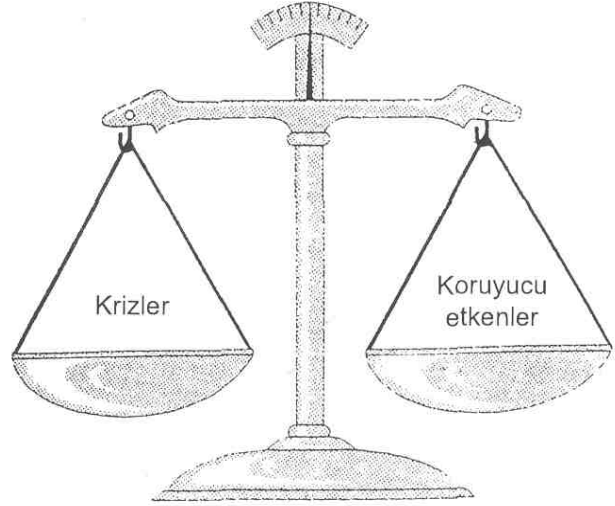
Yaşlı nüfus için mümkünse öz bildirime dayalı, kolay anlaşılır ve yanıtlanır sorulardan oluşan, bedensel belirtilere daha az yer veren ölçeklerin kullanılması gerekmektedir (13,18). Yaşlılarda depresyonu saptamak için özel olarak geliştirilmiş Geriatrik Mental Durum Çizelgesi (9), Geriatrik Depresyon Ölçeği (41) gibi ölçeklerin kullanılması daha uygundur.

Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk yaşlı popülasyonunda geçerlik ve güvenilirlik çalışması Ertan ve ark (1997) tarafından yapılmıştır (13). Aynı çalışmacılar halen ölçeğin kısaltılmış versiyonu üzerinde çalışmaktadırlar.

Yaşlılık depresyonunun seyri

İleri yaşlarda kendiliğinden iyileşme oranı düşük, özkıyım riski ise yüksektir. Depresyonun fiziksel güçlüklerle yol açma, medikal hastalıklara yakalanma ve mortaliteyi artırma gibi etkileri bulunmaktadır.

Depresyonun tipi ve şiddeti, fiziksel hastalığın varlığı, maddi durum, sosyal destekler ve ilişkiler depresyonun gidişini etkilemektedir (25). İlk epizodu olanlarda, ailede depresyon öyküsü bulunanlarda, hastalık öncesi uyumu iyi olanlarda, daha önceki epizodlarda iyileşme öyküsü olanlarda seyir daha iyidir (19). Birlikte bulunan aktif bedensel hastalık, belirtilerin şiddetli olması, melankolik özellikler, sanrılar, bilişsel bozukluk kronikleşmenin belirteçleridir (43). Hastanın ileri yaşta olması, ilk atağının yaşlılıkta olması, en az iki yıldır sürüyor olması ve bu süreçte iyileşme olmaması, kronikleşmeye yatkınlığı göstermektedir (16).



Şekil-2: Yaşlılıkta depresyonun gidişini etkileyen olumlu ve olumsuz etkenler

Olumsuz Etkenler

Kısıtlı yaşantı
Hobi azlığı
Fiziksel hastalık
Aktivite azlığı
Kötü beslenme
Hafif demans
Eşini kaybetme
Sosyal izolasyon
Alkol alışkanlığı
Ekonomik sıkıntılar
Konut ve bakım sorunu

Olumlu Etkenler

İyi işlevsellik
Uğraşların olması
Düzenli sağlık kontrolü
Sosyal yönden aktif olma
Düzenli beslenme
İyi görme, iyi bilişsel düzey
Eşyle birlikte yaşama
Aile bağlarının iyi olması
İnanç
İyi gelir düzeyi
Alishkın olduğu çevre

Yaşlıların yeterli depresyon tedavisi görememe nedenleri

Yaşlı hastalar çeşitli nedenlerle yeterli depresyon tedavisi alamazlar. Bu nedenler arasında;

- depresif belirtilerin farklılığı,
- yaşlının hastalığı bedenselleştirme eğilimi,
- birlikte bulunan tıbbi sorunun tabloyu tanımayı güçleştirmesi,
- yaşlının depresyonu kabul etmeme eğilimi,
- artan yeti yitimine ve kayıplara bağlı olarak bu yaş grubundaki insanların çökkün olmaları gerektiği şeklinde yerleşmiş yanlış kanı,
- hekimin tanı koyma ve uygun tedaviyi uygulama güçlüğü, tanısa bile optimal tedavinin altında doz uygulama alışkanlığına sahip olması,
- hekimin tanıyı koysa da ilaç ve EKT gibi biyolojik tedavileri uygulamaktan olası riskleri nedeniyle kaçınması,
- hekimin bu yaş grubundaki depresyonun tedaviye değer olup olmadığı kuşkusunu taşıması bulunmaktadır (10,32).

Depresyonda bireyin yaşamdan beklentileri ve yaşam kalitesi düşmekte, yeti yitimi olmaktadır. Birey sonuçsuz ve yıkıcı bir acı çekme sürecine girmektedir. Bedensel hastalıklara yakalanma ve intihar etme riski artmaktadır. Bu nedenle yaşlıda klinik olarak depresyon saptanır saptanmaz tedavisi başlatılmalıdır.

SONUÇ

Normal ve başarılı bir yaşlanmada bireyler güven içinde ve fırsatlara açık bir şekilde yaşantılarından hoşnut ve üretken bir yaşam sürdürebilmekte, ülkelerdeki politikaları belirlemekte etkin olabilmektedirler. Yaşlılıkla gelen değişikliklere uyum sağlanamadığında, kayıpların yeri dolduru-lamadığında, sağlığını ve gelirim yitirme tehdidi ile başa çıkılamadığında, yeterince sosyal destek sağlanamadığında, yaşama anlam katacak etkinlikler sürdürülemediğinde depresyon gelişebilmektedir.

Yaşlılıkta görülen depresyon tablosu, yaşlanma sürecinin getirdiği biyopsikososyal değişiklikler paralelinde gençlerden farklılık göstermektedir. Nörodejeneratif değişikliklere bağlı olarak gelişen bilişsel yetmezlik, fiziksel hastalıklara bağlı olarak ortaya çıkan çeşitli bedensel belirtiler tanıyı güçleştirmektedir.

Depresyon tanındığında başarılı bir şekilde tedavi edilme şansı yüksek olan bir hastalıktır. Depresyondaki bir yaşlının tedaviye yanıt vermesi gençlere göre daha uzun zaman almakla birlikte hastayı çökkün ruh durumundan çıkararak işlevselliğini ve yaşam kalitesini arttırdığı için emek ve zaman harcamaya değer görünmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aleopoulos GS, Meyers BS, Young RC ve ark: The course of geriatric depression with "reversible dementia": A controlled study. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1693-1699.
2. Ancill RJ: Cognitive- affective disorders: The co-presentation of depression and dementia in the elderly *Psychiatr J Univ Ottawa* 1989;4(2):370-371.
3. Beauvoir S; Yaşlılık. Çev. Osman Canberk, Eray Canberk 1. Baskı İstanbul Milliyet Yayınları 1970, s. 27-56.
4. Bekaroğlu M, Uluutku N, Tanrıöver S ve ark: Depression in an elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand.* 1991; 84:174-178.
5. Blazer D: Depression in the elderly. *N Eng J Med* 1989; 320:154-6.
6. Blazer D, Burchett B, Service C ve ark: The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration, *J of gerontology: Medical Sciences.* 1991; 46(6): M210-215.
7. Brodaty H, Peters K, Boyces P ve ark: Age and depression, *J Affect Disord* 1991; 23:137-149.
8. Carman MB: The psychology of normal aging. *Geriatric Psychiatry. The Psychiat Clin of North America* 1997; 20(1):15-25.
9. Copeland JRM, Kelleher MJ, Kellett JM ve ark: A semistructured clinical interview for the assesment of diagnosis and mental state in the elderly. *The Geriatric Mental State I. Deve-lopment and reliability. Psyschol Med.* 1976; 6:439-449.
10. Copeland JRM, Dewey MR, Saunders PA: Yaşlılarda depresyon, Çev. İncila Kaplan. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3(1): 3-7.
11. Ebrahim S, Barer D, Nouri F: Affective illness after stroke. *Br J Psychiatry* 1987; 151:52-56.
12. Erikson E: *Childhood and society.* 2. ed Newyork-Norton 1963.
13. Ertan T, Eker E, Şar V: Geriatrik Depresyon Ölçeğinin Türk Yaşlı Populasyonunda geçerlik ve güvenilirliği. *Nöropsikiyatri Arşivi* 1997; 34 (2): 62-71,
14. Evans S, Katona CLE: Epidemiology of depressive symptoms in elderly primary care attenders. *Dementia* 1993; 4:327-333.
15. Fedoroff JP, SE Starkstein, Parikh RM ve ark: Are depressive symptoms nonspecific in patients with acute stroke? *Am J Psychiatry* 1991; 148:1172-1176.
16. Flint AS, Rifat SL: The effect of treatment on the two-year course of late life depression. *Br J of Psychiatry,* 1997; 169:268-272.
17. Foster JR: Successful coping, adaptation and resilience in the elderly: An interpretation of epidemiologic data. *Psychiatr Quarterly* 1997; 68(3): 189-219,
18. Garrard J, Rolnick SJ, Nitz NM ve ark: Clinical detection of depression among community-based elderly people with self-reported symptoms of depression, *J of Gerontology: Medical Sciences,* 1998; 53A(2):M92-M101.
19. Gurland BJ, Meyers BS: Geriatric Psychiatry Talbott JA, Hules RE, Yudofsky SC (ed) *The Amerikan Psychiatric Press Text-book of Psychiatry* 1. baskı, Washington Amerikan Psychiatric Press Inc 1988; 1117-1137.
20. Gülseren L: Yaşlılık döneminde görülen majör psikiyatrik bozukluklar *3P Dergisi* 1995; 3 (3):185-192.
21. Gottfries CG, Karlsson I: Depression in later life. *Lundbeck Publ, OCC Ltd. UK,* 1997 s.14,
22. Koptagel-İlal G: Yaşlılıkta psikosomatik hastalıklar. *Nöropsikiyatri Arşivi,* 1992; 29(1):3-14,
23. Krause N: Stress and isolation from close ties in later life. *J of Gerontology: Social Sciences* 1991; 46:4 S 183-194.
24. Long DM: Aging in the nervous system, *Neurosurgery* 1985; 17(2):348-354.
25. Murphy E: The prognosis of depression in old age. *Brit J Psychiatr* 1983; 142:111-119.
26. NIH Consensus Development Panel on Depression in Late Life: Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992;268(8):1018-1024.
27. Ormel J, Kempen GÜM, Deeg DJH ve ark: Functioning, well-being and health perception in late middle-aged and older people: Comparing the effects of depressive symptoms and chronic medical conditions *J Am Geriatr Soc,* 1998; 46: 39-48.
28. Rapp SR, Parisi SA, Walsh DA. Psychological dysfunction and physical health among elderly medical inpatients. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:851-855,
29. Reynolds CF, Zubenko GS, Pollock BG ve ark: Depression in late life. *Current Opinion in Psychiatry* 1994; 7:18-21.

30. Rothschild AJ: The diagnosis and treatment of late life depression. *J Clin Psychiatr* 1996; 57(Suppl):5-11.
31. Shulman KI: Conceptual problems in the assessment of depression in old age. *Psychiatr J Univ Ottawa* 1989; 14(2):363-366.
32. Tourigny-Rivard MF: Treating depression in old age; Is it worth the effort? *Psych J Univ Ottawa*, 1989; 14(2):367-369.
33. Uçku R, Küey L, Yaşlılarda depresyon epidemiyolojisi-yarı-kentsel bir bölgede 65 yaş üzeri yaşlılarda kesitsel bir alan araştırması- Nöropsikiyatri Arşivi 1992; 29:15-20,
34. Veith RC, Raskind MA: The neurobiology of aging: Does it predispose to depression? *Neurobiology of aging* 1988; 9: 101-117,
35. Vergare MJ: Developments of late-life transitions. *Bull of the Mening Clin* 1997; 61(2):240-248.
36. Victoroff J: Central nervous system changes. *Comprehensive Textbook of Psychiatry VI* 6.baskı, cilt 2, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed) Baltimore, William and Wilkins. 1995; s 2539-2545,
37. Wade DT, Legh-Smith J, Hewer RA: Depressed mood after stroke. *Br J Psychiatry* 1987; 151:200-205.
38. Weissman MN, Leaf PJ, Tischler OL ve ark: Affective disorders in five United States communities, *Psychol Med* 1988; 18:141-152.
39. West CG, Reed DM, Gildengorin GL: Can money buy happiness? Depressive symptoms in an affluent older population. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46:49-57.
40. Yalom I: Foreword. J Sadavoy ve, M Leszcz (ed) *Treating the elderly with psychotherapy*. Madison, CT: International Univ Press 1987, s, x-xi.
41. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL ve ark: Development and validation of a geriatric depression scale: a preliminary report *J Psychiat Res* 1983; 17:37-49.
42. Yesavage J: Differential diagnosis between depression and dementia. *The Amer J of Medicine* 1993; 94 (Suppl 5A): 23-28.
43. Zisook S, Peterkin JJ: Mood disorders and bereavement in late life. *Curr Opinion in Psychiatry* 1993; G:568-573.