



DERLEME

YAŞLILIKTA GÖRÜLEN KAYGI BOZUKLUKLARI: GENELLENMİŞ KAYGI BOZUKLUĞU

Öz

Yaşlılarda en sık görülen psikolojik bozukluklar arasında bir kaygı bozukluğu olan Genellenmiş Kaygı Bozukluğu (GKB) yer almaktadır. GKB en az 6 ay süreyle hemen her gün ortaya çıkan, birçok olay ya da etkinlik hakkında aşırı kaygı ve üzüntü duyma, kişinin bu üzüntüsünü kontrol etmeyi zor bulması ile tanımlanmaktadır. Bu bozukluk yaşlılarda yaşam kalitesini, yeti yitiminin artması gibi bazı özellikleri olumsuz etkilemekte ve ciddi oranda yüksek sağlık harcamalarına neden olmaktadır. Bu gözden geçirme çalışmasında yaşlı popülasyonunda Genellenmiş Kaygı Bozukluğu'nun epidemiyolojisi, kavramsal açıdan gençlerde görülen kaygı bozukluklarından farkları, risk faktörleri ve tedavileri gözden geçirilecektir. Ayrıca yaşlılıkta kaygı semptomlarını değerlendirmek amacı ile kullanılan ölçüm araçlarından söz edilecektir.

Anahtar sözcükler: Yaşlılık, Kaygı, Genellenmiş kaygı bozukluğu.



REVIEW ARTICLE

ANXIETY DISORDERS IN ELDERLY: GENERALIZED ANXIETY DISORDERS

ABSTRACT

The Generalized Anxiety Disorder (GAD) is one of the frequently seen disorders among elderly. GAD is characterized by worry and distress about lots of issues and activities see these symptoms as uncontrollable in least 6 months. This disorder effects health quality and skill loss in older adults negatively and also leads to quite high health expenditures. In this review article, the epidemiology, the conceptual differences form the anxiety disorders that are seen in the youngsters, risk factors and treatment are examined. Moreover, the measurements of evaluation used in order to assess the anxiety symptoms in later years are presented.

Key words: Elderly, Anxiety, Generalized anxiety disorder.

İletişim (Correspondance)

Sevginar VATAN
Hacettepe Üniversitesi Psikoloji Bölümü ANKARA
Tlf: 0312 297 83 25
e-posta: sevginarvatan@gmail.com

Geliş Tarihi: 25/07/2007
(Received)

Kabul Tarihi: 11/09/2007
(Accepted)



Kaygı bozukluklarının gelişimi ve tedavisi ile ilgili birçok bilgi olduğu halde yaşlılık dönemindeki kaygı bozuklukları hakkında yapılmış çok da fazla çalışma bulunmamaktadır (1). Oysa kişi yaşlandıkça kendini yalnız hissetmeye, kronik hastalıklardan ve ekonomik problemlerden korkmaya başlamaktadır (2). Algısal ve fonksiyonel kapasitesi kötüye doğru gittiğinden kendisini izole edilmiş hissetmekte ve ölümü düşünmeye başlamaktadır. Tüm bunların sonucunda kaygının ortaya çıkabileceği düşünülmektedir. Birçok çalışmada yaşlı popülasyonunda kaygı bozukluklarının diğer yaş gruplarından daha az yaygın olduğu belirtilmekle (3) birlikte söz edilen özelliklerden dolayı yaşlılıkta kaygı bozukluklarının yaygınlığının klinik açıdan önem kazanacak kadar yeterli olduğu düşünülmektedir (4). Ayrıca kaygı bozukluklarının yaşlılıkta görülen psikolojik rahatsızlıklar içerisinde en yaygın görülenlerden bir tanesi olduğu belirtilmektedir (2). Dolayısı ile kaygı bozukluklarının yaşlılıkta da incelenmesi önem kazanmaktadır. Ancak geriyatrik popülasyonla ilgilenen klinisyenler kaygı bozukluklarının nedenlerini birbirinden ayırtırmada oldukça zorlanmaktadırlar. Yaşam olayları karşısında duyulan strese, fiziksel rahatsızlıklara, ilaç kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan kaygı ile belli bir kaygı bozukluğuna bağlı ortaya çıkan kaygı veya belli bir kaygı bozukluğu tanısı almayan ancak genel bir kaygının yol açtığı daha geniş alanlara yayılmış olan “Genellenmiş Kaygı Bozukluğu (GKB)” kaygı gibi nedenler tek tek görülebildiği gibi birçoğu aynı anda da görülebilmektedir (5,6). Yaşlılarda en sık karşılaşılan kaygı bozukluğunun GKB olduğu belirtilmektedir (7-9).

Bu gözden geçirme çalışmasında yaşlı popülasyonunda GKB'nun epidemiyolojisi, kavramsal açıdan gençlerde görülen kaygı bozukluklarından farkları, risk faktörleri ve tedavileri gözden geçirilecektir. Ayrıca yaşlılıkta kaygı semptomlarını değerlendirmek amacı ile kullanılan ölçüm araçlarından söz edilecektir.

Genellenmiş Kaygı Bozukluğu

Genellenmiş Kaygı Bozukluğu'nda özellikle önemli olan süreç, kişinin “çevre üzerinde denetiminin olmadığı” inancıdır. Denetlenemez olaylardan kaynaklanabilecek tehlikeler (kazalar, hastalıklar, felaketler, vb) zihni sürekli meşgul etmektedir. Kişi sürekli olarak potansiyel tehlike yaratan uyaranları izlemekte, tehlike oluşturmayan (hoş) uyaranları ise dikkate almamaktadır. Bu durum, hastalarda otomatik ve farkında olunmadan işleyen bir zihinsel düzendir. Hastalar endişelerinin aşırı ve yersiz olduğunu her zaman kabul etmeyebilirler.

Kişi yoğun endişesini durduramadığı için dikkatini olağan işlere odaklamada güçlük çekmekte ve dalgınlıkmaktadır.

Epidemiyoloji

Literatürdeki çalışmalara bakıldığında yaşlılarda GKB'nun görülme sıklığı %0.7 ile %20 arasında değişmektedir. Farklı çalışmalarda farklı bulgular elde edilmesinin sebepleri çalışmaların farklı yaygınlık dönemlerini (1 aylık bir sürede, 12 aylık bir sürede gibi) dikkate almaları, farklı tanı kriterlerine sahip olmaları, hiyerarşik veya hiyerarşik olmayan yöntemler kullanmaları olarak görülmektedir. Ayrıca GKB genellikle depresyon başta olmak üzere birçok psikolojik rahatsızlık ile komorbidite göstermektedir. Dolayısı ile hiyerarşik olmayan yöntemlerin kullanıldığı çalışmalarda hiyerarşik yöntemlerin kullanıldığı çalışmalara göre daha yüksek oranlar rapor edilmektedir. Ayrıca komorbidite GKB sadece GKB'nun görüldüğü durumlardan yaklaşık üç kat daha fazla görülmektedir (10).

Yaygınlığı %20'ye kadar ulaşabilen kaygı bozukluklarının yaşlılarda gençlerden daha az olduğu görülmektedir. Ancak yaşlıların kaygı semptomlarını somatize ettiği ve tanı konulurken yaşlılarda kaygı bozukluklarının atlandığı bir eleştirel bakış açısı olmaktadır (11). DSM-III tanı kriterlerine göre çalışmalarda yaşlılarda GKB yaygınlığı %1.9 ile %7.1 arasında değişmektedir (5). Ancak Epidemiyolojik Alan Taraması Çalışması'nda yaşlılıkta GKB görülen hasta sayısının çok az olduğu, daha fazla sıklıkta GKB ile birlikte farklı bir tanının da komorbid şekilde görüldüğü belirtilmektedir. Sadece GKB hastalarının semptomlarının erken başlangıçlı olduğu, hastalık etkilerinin yaşam boyu devam ettiği ve yaşlılıkta da kendini gösterdiği belirtilmekle birlikte, diğer psikolojik rahatsızlıklardan ve çevresel koşullardan etkilenen geç başlangıçlı GKB'nun diğer rahatsızlıklar ile komorbid şekilde daha fazla görüldüğü belirtilmektedir (10).

Komorbidite

Genel popülasyonda GKB'nun diğer psikolojik bozukluklarla komorbiditesi oldukça yaygındır. Wittchen ve arkadaşlarının çalışmasında GKB'na sahip hastaların %90'ı aynı zamanda herhangi bir başka patolojinin tanı ölçütlerini de karşıladıklarının altı çizilmektedir (12). Aynı çalışmada GKB ile en fazla komorbidite gösteren psikopatolojilerin major depresyon, distimi, diğer kaygı bozuklukları ve madde kullanımı olduğu rapor edilmektedir (2,13,14).



Depresyon

GKB tanısı almış hastaların %60 ile 70 arasında depresyon tanısı ölçütlerini de karşıladığı belirtilmektedir (13,14).

Huzurevinde kalan yaşlılarla yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre GKB en fazla depresyonla komorbidite göstermektedir (15). İki yıllık bir izleme çalışmasında GKB'na sahip yaşlı hastaların %50'sinde depresyon görüldüğü belirtilmektedir. Yaşlılarda GKB semptomlarının varlığı, depresyonu yordamada orta yaş grubundan daha iyi sonuçlar verdiği düşünülmektedir (16,17). GKB yaşlı vakalarında depresyon görülebildiği gibi depresif yaşlı vakaların birçoğunda da GKB semptomları tabloya sonradan katılabilmektedir (7). Geç başlangıçlı GKB ile birlikte depresyonun aynı anda görülme olasılığı, erken başlangıçlı GKB'ndan daha fazladır. Dolayısı ile GKB'nun depresyonun bir belirtisi olup olmadığı tartışmalı bir konu olmaktadır. Ağır GKB semptomlarının varlığı yaşlılarda depresyonun seyrini ve tedaviye verilen yanıtları olumsuz olarak etkilemektedir (18,19).

Diğer Psikolojik Bozukluklar ve Demans

Yaşlılık dönemi ile ilgili, depresyon dışındaki diğer psikolojik rahatsızlıklar ile GKB'nun ilişkisinin araştırıldığı çalışmalar göreceli olarak daha azdır. Ancak yaşlılarda GKB vakalarının %75'ine yakın bir yüzdesinin diğer psikiyatrik bozuklara da sahip oldukları rapor edilmektedir (20). Yapılan bir çalışmada GKB semptomlarına sahip yaşlıların %32'sinin herhangi bir Fobi Bozukluğu'na da sahip oldukları, ancak bu kişilerin bir kısmında depresyon özelliklerinin de görüldüğü belirtilmektedir (21). GKB ile diğer psikolojik rahatsızlıkların komorbiditesinin (%10 panik bozukluğu, %10 fobik bozukluk ve %6 alkol kullanımı olmak üzere) depresyondan daha az olduğu belirtilmektedir (22). Ayrıca kaygılı duygu durumu ile GKB'nun demans yaşlı örneklerinde yaygın olduğu belirtilmektedir (23). Ancak bu koşullarda da tabloya depresyonun katıldığı sıkça görülmektedir (23,24). Dolayısı ile söz edilen durumlarda depresyonun ara değişken olabileceği düşünülmektedir.

Fiziksel Bozukluklar

Yaşlılıkta fiziksel rahatsızlıklar ile kaygı semptomları arasındaki korelasyonun pozitif yönde ve oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (25). Ancak burada da depresyonun komorbiditesinin oldukça yüksek olduğu düşünülmektedir. Lindsay çalışmasında aynı anda hem fiziksel rahatsızlığa hem de GKB'na sahip yaşlıların %90'ında depresyon semptomlarının

da görüldüğünü belirtmektedir (26). Çalışmalar fiziksel rahatsızlıklar içerisinde Parkinson ve İnme hastalıklarında yoğunlaşmaktadır. "İnme" rahatsızlığına sahip yaşlılarda GKB görülme sıklığı %3 ile 30 arasında değişmektedir (27). Parkinson hastalığına sahip yaşlılarda GKB görülme sıklığının %5'e yakın olduğu belirtilmekte ve bu bulgulara depresyonun oldukça sık eşlik ettiği ifade edilmektedir (10). Dolayısı ile GKB'nun yaşlılarda depresyonun ikinci formu olup olmadığı tartışılan bir konudur.

Genellenmiş Kaygı Bozukluğu'nun Diğer Psikolojik Bozukluklardan Ayrılması

Binişik çok fazla belirtiyeye sahip olmalarından dolayı GKB'nu depresyondan ayırmanın zor olabileceği düşünülmektedir. GKB tanısı için DSM-IV de belirtilen kontrol edilemez endişe ile ilgili altı semptomdan dört tanesi depresyonun tanı kriterleri arasında da yer almaktadır. Depresyon vakalarının birçoğu endişe, motor gerginlik gibi kaygı semptomlarını da sergilemektedirler (18). Ayrıca yaşlılık dönemindeki birçok kişinin özellikle huzur evlerinde kalan yaşlıların ruhsal problemlerini ilgi toplamak amacı ile abarttıkları ve semptomlarının tümünün görüldüğünü dile getirdikleri gözlenmektedir (28). Dolayısı ile tanılar arası ayırt ediciliğin dikkate alınması ve kişinin semptomlarının gerçekliğinin ayrıntılı incelenmesi gerekmektedir.

Kaygı; kaygı bozukluklarının temel özelliğidir. Ancak GKB dışındaki kaygı bozukluklarında etkisinin daha fazla olduğu düşünülmektedir. GKB'nda kaygı genelde önemsiz olabilecek ekonomik, sosyal, kişilerarası problemler ve sağlık problemleri gibi günlük konular üzerinde aşırı, çoğul ve kontrol edilemez bir endişeye sahip olmak şeklinde kendini göstermektedir (29). Diğer kaygı bozukluklarında kişi herhangi bir duruma ya da nesneye odaklanmaktadır. Aynı zamanda diğer kaygı bozukluklarında otonom sistemi daha fazla aktive olmaktadır (10).

Yaşlılarda Kaygının İçeriği

Yaşlıların ve daha genç yaşta kişilerde kaygıları sadece yaygınlığı açısından değil içerik açısından da farklılaşmaktadır. Yaşlıların kaygılarının içeriğinin daha çok sağlık problemleri ile ilgili olduğunu, daha genç yaşta kişilerde kaygılarının ise daha fazla oranda ekonomik problemler ve ailesel problemler ile ilgili olduğunu belirtmektedir (30). Paralel bir biçimde Lidell ve arkadaşları yaşlıların ani ölümden, hastalıklardan, kazalardan, yakınlarının kaybindan gençlerden daha fazla



kaygı duyduklarını rapor etmektedir (4). Ancak farklı bir çalışmada gençlerin ve yaşlıların sağlık problemleri ile ilgili duydukları kaygı konusunda farklılaşmadıkları aradaki tek farkın sosyal kaygılarda ortaya çıktığı ve gençlerin yaşlılardan daha fazla oranda bu konulardan kaygı duydukları belirtilmiştir (5).

Yaşlılarda GKB için Risk Faktörleri

Yaşlılıkta kaygı tablosunun ortaya çıkmasında çeşitli fonksiyon kayıpları, fizyolojik bazı rahatsızlıklar, çocukların kendi hayatlarını kurmaları, arkadaşlardan uzaklaşmak, bazen arkadaşlarını veya eşi kaybetmek gibi sosyal çevredeki daralmalar ve alışılmış rollerin yitirilmesi gibi değişkenler rol oynamaktadır (31). Ayrıca fiziksel bağımsızlıklarının azalması bilişsel gerilemeler ve depresyon semptomlarının varlığı GKB semptomlarının ortaya çıkma riskini artırmaktadır (15,32). Sosyal destek yaşlılıkta GKB için koruyucu faktör olmakla beraber yetersiz sosyal desteğin yaşlılarda GKB semptomlarını artırdığı belirtilmektedir (33). Ayrıca yakınlarından bakım alamamanın ve sosyal destek görmemenin kaygı semptomlarını tetiklediği belirtilmektedir (1). Çok fazla üzerinde çalışılmakla birlikte geçmişte herhangi bir travmatik yaşantıya sahip olan ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu geliştirmiş yaşlılarda GKB'nun daha yaygın olarak görüldüğü belirtilmektedir (34).

Lenze ve arkadaşları kadın olmanın, daha düşük eğitim seviyesine sahip olmanın, somatik semptomlar sergilemenin, fonksiyonel gerileme, hayatının herhangi bir döneminde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık geçirmenin ve yalnız olmanın yaşlılarda GKB riskini artırdığını belirtmişlerdir (6).

Cinsiyet farklılıkları açısından daha genç yaş gruplarında olduğu gibi yaşlı kadınlarda yaşlı erkeklerden yaklaşık iki kat daha fazla GKB görülmektedir (35). Ancak bu bulgular genelde kendini bildirim ölçümlerinden elde edilmektedir. Kadınların ruhsal durumlarını daha kolay ifade edebildikleri ve erkeklerin sosyal kabul görmek adına bazı semptomları saklayabilecekleri düşünüldüğünde GKB'nun kadın ve erkek yaşlılarda görülme yaygınlığındaki farkın ortaya çıkmasının yanlı olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca azınlık gruplarından ve sosyo-ekonomik düzeyinin daha düşük olan gruplardan gelen yaşlılarda GKB'nun daha yaygın olduğu ifade edilmektedir (3).

Huzurevi gibi herhangi bir kurumda kalan yaşlılarda da GKB'nun daha yaygın olduğu belirtilmektedir (36). Özellikle bu tür kurumlarda kalan yaşlıların kurumda kalış süreleri-

nin uzunluğu ile kaygı semptomları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişkinin varlığından söz edilmektedir. Ayrıca kurumda boş zamanların değerlendirilmesinin ve sosyal etkinliklerin planlanmasının yaşlılarda kaygı düzeyini azaltmada olumlu sonuçlar verdiği vurgulanmaktadır (25). Düşük sosyo-ekonomik gruplardan gelen katılımcılarla yürütülen çalışmalarda, huzurevinde yaşayan kişilerin hayatı kontrol edeme, daha az sosyal destek alma ve sosyal izolasyon gibi nedenlerden dolayı toplum içinde yaşayanlara göre daha fazla umutsuzluk, çaresizlik, depresyon ve özellikle kaygı sergiledikleri (37), aynı zamanda huzurevindeki kişilerin kötü ekonomik koşullar sebebiyle yaşam kalitelerinin aileleri ile yaşayan kişilerinkilerden daha düşük olduğu bulunmuştur (38).

Ölüm Kaygısı

Tüm bu yaşantılarla birlikte, kişinin yaşamında farklı derecelerde ve farklı şekillerde ölüm kaygısı görülebilmektedir. Ölüm kaygısını, derecesini ve şeklini etkileyen faktörler incelendiğinde DePaola ve arkadaşları Erikson'un "Yaşam Zinciri" teorisinden yola çıkmış ve ileri yaştaki kişilerin gençlere göre daha az ölüm kaygısı duyduklarını vurgulamışlardır (39). Yaşla birlikte ortaya çıkan psiko-sosyal olgunluğun (benlik bütünlüğü) ölüm kaygısını azalttığını belirtmektedir (40). Bu bulgular Erikson'un teorisine uyumlu gözükmektedir. Erikson'un son evresindeki benlik bütünlüğüne ulaşabilmenin önemli bir yolu da, kişinin yaşamının bu son evresine kadar yaşadığı hayatı gözden geçirmesi sonucu, yaşadıklarından memnun olmasıdır. Yaşanan bu tatmin sonrasında ölümden duyulan kaygıda da bir düşüş beklenmektedir. Aksi takdirde, kişi geçmişinde yaşadıklarından memnun olmamakta ve daha yaşamak/tatmak istediği birçok deneyimin olduğunu düşünmektedir. Bu durum kişi için "tüm bu arzularını gerçekleştirmek için önümde yaşamış olduğumdan daha az zamanım kaldı" telaşını doğurmakta ve bunun sonucunda duyulan ölüm korkusunda artış gözlenmektedir (41). Ölüm kaygısını etkileyebilecek diğer bir değişkenin de cinsiyet olabileceği düşünülmektedir. Twelker'in çalışmasının sonuçlarına göre kadınların erkeklerden daha fazla ölüm korkusu duydukları bulunmuştur (42). Ölüm korkusuna sahip yaşlılarda en küçük bir fiziksel rahatsızlık kaygı semptomlarını artırmaktadır (38,43).

Yaşlılarda GKB'nun Değerlendirilmesi

Daha önce de belirtildiği üzere yaşlılarda kaygı semptomlarının değerlendirilmesi ve ayırıcı tanı konulması oldukça zor-



dur. Bunun sebepleri arasında yaşlıların sorunlarını somatize etme eğiliminde olmaları, fiziksel rahatsızlık semptomları ile kaygı semptomlarının ayrıştırılmasında yaşanan güçlükler ve aynı anda birden fazla psikolojik rahatsızlığın görülmesi yer almaktadır. Ancak, özellikle depresyon ile komorbidite gösterdiği koşullarda kaygı intihar riskini artırdığından dolayı değerlendirmelerin ayrıntılı yapılması, tanıların ayırt ediciliğinin artırılmaya çalışılması ve tanı ölçütleri karşılanmasa bile “Tanı Almamış Kaygı Bozukluğu” (subthreshold anxiety disorders) gibi kaygı semptomları yüksek gruplara müdahale edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir (3). Tüm bu amaçlara ulaşabilmek adına geriatri popülasyonda kullanılan değerlendirme araçlarının yaşa, yaşlıların bilişsel ve algısal özelliklerine, ayrıca yaşlılarda yaygın olarak gözlenen kaygı semptomlarına duyarlı olması gerekmektedir (3). Ancak, hem ekonomik olması hem de gençler ile karşılaştırma yapılırken standart koşulların sağlanması adına neredeyse tüm yaş gruplarında aynı ölçüm araçları kullanılmaktadır. Söz edilen araçlar “Klinisyen Değerlendirmesi, Derecelendirmesi”, “Kendini Bildirim Ölçekleri” ve “Davranış Gözleme” şeklinde gruplanmaktadır.

Klinisyen Değerlendirmesi, Derecelendirmesi

Klinisyen derecelendirmesi, hem tanı koymada hem de semptomların şiddetini anlamada önem taşımaktadır. Ancak klinisyen derecelendirmesinde yaşlılara kaygı bozukluğu tanısı koyma aşamasında klinisyenler arası fikir birliği oldukça azdır (11,44). DSM tanı kriterlerindeki belirginliğin ve yarı-yapılandırılmış görüşmelerin yaşlılarda kaygı semptomlarının anlaşılmasında oldukça faydalı olduğu düşünülmektedir (44). Yarı-yapılandırılmış görüşme araçları içerisinde en çok kullanılan Kaygı Bozuklukları Görüşme Listesi-R (KBGL-R) dir (45). Bu uygulamada KBGL-R görüşmesi kaydedilir ve daha sonra kayıt iki klinisyen tarafından izlenerek klinisyenler arası tutarlılık doğrultusunda tanı koyulmaktadır. Bu ölçüm aracı için, klinisyenler arası tutarlılığın orta derecede olduğu bildirilmektedir (3). Benzer bir uygulama şekline sahip diğer bir ölçüm aracı ise DSM için Yapılandırılmış Klinik Görüşme aracıdır (46). Tanı Koyma Listesi'nin (TKL) yaşlı popülasyonundaki kullanımında bazı sorunlar ile karşılaşılmaktadır. TKL'nin işlevsellik ve fonksiyonlar üzerinden gitmesi ve yaşlıların genelde fiziksel problemlere sahip olmalarından dolayı fiziksel semptomları yüksek olduğu için klinisyenler arası tutarlılık düşmektedir (47). Ayrıca tanı koymada klinisyen tarafından derecelendirilen diğer bir ölçüm aracı da Hamilton

Kaygı Derecelendirme Ölçeği'dir (HKDÖ). Bu araç daha çok kaygı semptomlarının şiddetini belirlemede kullanılmaktadır. HKDÖ somatize edilmiş semptomlara vurgu yapmasına rağmen gözlemcinin derecelendirdiği ölçüm araçları içerisinde en sık kullanılanıdır (5). Yaşlı popülasyonunda sıkça kullanılmasına rağmen bu popülasyondaki geçerliliği konusunda yapılan çalışmalar arası tutarlılık az olması sebebi ile tartışmalı bir konudur (48).

Kendini Bildirim Ölçekleri

Kendini bildirim ölçekleri içerisinde en çok bilinen “Spielberger Durumluk-Süreklilik Kaygı Envanteri”dir. Envanterin yaşlılarda kaygının yüksek olduğu ve kaygının yüksek olmadığı grupları ayırt etme özelliğine sahip olduğu belirtilmektedir (49). “Beck Kaygı Envanteri” panik atak semptomları ile kaygı semptomlarını ayıramamakla beraber kullanılan diğer bir ölçüm aracıdır (5). Klinisyen değerlendirmesi/derecelendirmesi ölçümleri kadar sık kullanılmamakla beraber kaygı araştırmalarında yer alan diğer araçlar ise “Penn Durumluk Endişe Anketi”, “Endişe Ölçeği” ve “Korku Anketi”dir. Özellikle bu ölçüm araçları içerisinde Korku Anketinin GKB'nu normal karşılaştırma grubundan ayırt etmede önemli olduğu belirtilmektedir (50).

Davranış Gözleme

Literatürde, davranış gözleme ölçümleri kaygıyı değerlendirmede oldukça önemli olmasına rağmen yaşlı popülasyonunda pek fazla kullanılmadığı görülmektedir. Hamilton Kaygı Derecelendirme Ölçeği'nden yola çıkarak yaşlılarda GKB'nu değerlendirmek amacıyla motor aktiviteler, kas gevşekliği, gergin yüz ifadesi, fiziksel görünüm ve sinirsel duygulanımın dışı vurumu olmak üzere beş alanda gözlem yapılan bir araç geliştirilmiştir (3). Bu ölçüm aracının kendini bildirim ölçekleri ile korelasyonun oldukça yüksek olduğu belirtilmektedir (3). Dolayısı ile bu aracın okuma yazması yeterli olmayan ya da algısal ve bilişsel gerilemelere sahip yaşlılarda kaygı semptomlarının şiddetini anlamada önemli olabileceği düşünülmektedir.

Tedavi

Pek çok yaşlı var olan semptomları ile ilgili olarak daha çok birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmakta ve fiziksel rahatsızlıklar ile kaygı semptomlarının ayırt edilmesinin zorluğundan dolayı psikolojik terapilerden beklenen düzeyde yararlanmamaktadır. Psikolojik terapiler içerisinde GKB'nun te-



davisinde sıkça kullanılan ve olumlu sonuçlar verdiği belirtilen terapi şeklinin Bilişsel-Davranışçı Terapiler (BDT) olduğu göze çarpmaktadır (51). Yaşlılarda GKB'nin tedavisinde kullanılan 12-15 seanslık BDT'nin bekleme listelerine göre anlamlı olarak daha iyi sonuçlara sahip olduğu gözlenmektedir (52,53). Ancak BDT'nin yaşlılardaki etkisi daha genç yaş takilere göre, kısa süreli ve terapi sonrası nökslerin görülme sıklığı daha yüksek olmaktadır (52,53). Bellek bozukluğu gibi bilişsel işlevlerdeki problemlere bağlı olarak yaşlıların terapi sürecinde yaşananları hatırlamada ve genelleştirmede zorlanmalarının bunun en önemli nedenleri arasında yer alabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, GKB'nun tedavisinde destekleyici sürecin (%54) BDT'den (%28) daha etkin olduğu belirtilmiştir (5). Yaşlılarda GKB için uygulanan bireysel terapiler ile grup terapileri benzer sonuçlar vermektedir (52,53). Dolayısı ile hem bozukluğun tekrarını önlemek hem de daha etkin sonuçlara ulaşmak adına sık aralıklarla (tedavi sonrası da devam edecek) destek programlarının yaşlı popülasyonu için daha faydalı bir uygulama olacağı düşünülmektedir.

Yaşlı popülasyonunda GKB'nun tedavisinde, psiko-sosyal tedavilerin yanı sıra, yan etkilerine rağmen farmakolojik tedaviler de kullanılmaktadır. Kullanılan farmakolojik tedaviler içerisinde benzodiazepinler, buspiron, antidepresanlar ve antipsikotiklerden trifluoperazin bulunmaktadır (10). Antidepresanlar içerisinde moklobemid kullanımının yaşlı popülasyonunda depresyon ve kaygı tedavisinde olumlu sonuçlar vermesinin yanında, bilişsel bozulmada da belirgin düzelmeler gözlendiğini rapor etmektedir (32).

TARTIŞMA

GKB ve "Tanı Almamış Kaygı Bozukluğu" yaşlılarda gençlerden daha az yaygın olmakla beraber yaşlılık döneminde en sık karşılaşılan psikolojik problemler arasında yer almaktadır (54). Tanı kriterlerini karşılamayacak bile olsa kaygı semptomlarının yaşlı popülasyonunda tehlikelere yol açabilecekleri düşünülmektedir. Özellikle Flint'in belirttiği üzere GKB ile depresyon komorbidit gösteriyorsa yaşlılarda intihar riski artmaktadır (2). Dolayısı ile semptomların ayrıntılı olarak araştırılması gerekmektedir. Yapılan çalışmalar incelendiğinde DSM-III tanı kriterleri doğrultusunda yapılmış çalışmalarda yaşlılar arasında GKB'nun yaygınlığı DSM-IV tanı kriterlerine göre yapılan çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur (3). Söz konusu farkın DSM-IV tanı kriterlerinin daha katı ve kesin olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir (1,55). DSM-IV ölçütlerine göre birçok yaşlı tanı kriterlerini

geçememekte ve Tanı Almamış Kaygı Bozukluğu'nun yaygınlığı daha fazla olmaktadır (1). Ancak Beurs ve arkadaşlarının da belirttiği üzere bu yaygınlık yaşlı popülasyonunda tanı koymaya yetmese bile kaygı semptomlarının yaşlının yaşamını oldukça zorlaştırdığı ve tehlikeli sonuçlar doğurduğu düşünüldüğünde Tanı Almamış Kaygı Bozukluğu'nun değerlendirilmesinin ve tedavisinin gerekliliği önemi ortaya çıkmaktadır (56). Dolayısı ile yaşlılarda depresyon ve kaygı bozuklarının tanımlanmasında ve değerlendirilmesinde kategorik sınıflamadan ziyade boylamsal sınıflamanın daha doğru olacağını ve bu popülasyona yapılacak müdahalelere önemli katkılar sağlayacağını belirtmektedir (57).

Yukarıda da değinildiği üzere genç yaşta kaygı bozukluğu vakaları ile yaşlı vakaların kaygılarının içerikleri farklılaşmaktadır. Boylamsal sınıflamanın yanı sıra yaşlılardaki kaygının doğası ve içeriğinin daha iyi anlaşılması yaşlılardaki psikopatolojiyi ayırt etme sürecine ve bu grup için daha etkin tedaviler planlamaya yönelik çalışmalara ivme kazandıracaktır.

Yaşlılarda GKB'nun değerlendirilmesi aşamasında kullanılan ölçüm araçları diğer popülasyonlarda kullanılan ölçüm araçlarına genellikle paralel olduğu gözlenmektedir. Yukarıda tanımlanan ölçüm araçlarının çoğunun DSM-III kriterlerine göre hazırlanmış olması daha güncel araçlara duyulan ihtiyacı ortaya koymaktadır. Ayrıca DSM-IV kriterlerinin daha katı ve kesin olması nedeni ile yaşlılarda tanı karşılanmadığı için kaygı semptomlarına daha az önem verilmesine neden olabilir. Dolayısı ile yaşlı popülasyonuna özgü hazırlanacak ölçeklere duyulan ihtiyaç ortadadır.

Yaşlılardaki GKB'nun yaygınlığı ile ilgili çalışmalarda farklılığın ortaya çıkmasında tanı kriterlerinin kesin olmaması kadar örneklem seçiminin de oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Örneklem seçimi konusunda "yaşlı" olarak tanımlanan yaş grubunun oldukça geniş bir aralığa sahip olması ve yaş ilerledikçe bilişsel problemlerin de tabloya katılması önemli karıştırıcı değişkenlerin başında gelmektedir (58). Diğer önemli konulardan bir tanesi kurumda kalan yaşlılar ve kalmayanlar ile yapılan çalışmalar arası farklılıkların gözlenmesidir. Dolayısı ile ileride yapılması planlanan çalışmalarda söz konusu özelliklere dikkat edilmesi gerekmektedir. Zaman içerisinde kaygı semptomlarının bilişsel ve fiziksel gerilemelerle paralel olarak nasıl şekillendiğinin ve değiştiğinin titizlikle incelenmesi gerekmektedir.

Ayrıca, yaşlılarda GKB ile en fazla komorbidit olan psikopatolojiler (major depresyon, distimi, diğer kaygı bozukluk-



ları ve madde kullanımı) GKB değerlendirilirken ayrıntılı olarak taranmalı ve GKB ile olan ilişkisi incelenmelidir. Özellikle geç başlangıçlı kaygı bozukluğunda komorbiditenin artmasından, geç başlangıç yaygınlığının daha az olmasından ve strese daha çok bağlı olmasından dolayı, yaşlıların geçmiş medikal öykülerinin ve son dönem stres faktörlerinin değerlendirme sırasında ayrıntılı incelenmesi gerekmektedir (56).

GKB'nun en fazla depresyon ile komorbidite göstermesi ve ağır depresyon semptomlarının varlığı yaşlılarda GKB'nun seyrini ve tedaviye verilen yanıtları olumsuz etkilemesi (18,19) birlikte düşünüldüğünde yaşlılarda her iki patolojiye aynı anda yapılacak müdahalelerin önemi ortaya çıkmaktadır. Bunun yanı sıra yaşlılarda GKB'nun depresyonun bir semptomatolojisi olup olmadığı tartışmalı bir konu olduğu için gelecek çalışmalarda bu konunun araştırılmasının gerekli olduğu düşünülmektedir. Diğer bir olasılık ise depresyonun ara değişken olabileceği yönündedir. Gelecekte depresyonun ara değişken olarak etkisinin ayrıntılı incelenmesi önerilmektedir.

Yaşlılardaki GKB'nun tedavisinde hem farmakolojik hem de psikolojik müdahalelerin kullanıldığı görülmektedir. Psikolojik müdahaleler içerisinde de BDT en önde gelen uygulamalar arasında yer almaktadır. BDT uygulamaları ile bekleme listelerinin karşılaştırılmasında BDT tedavileri gören yaşlı gruplarının tedavi sonrası sonuçlarının daha iyi olduğu belirtilmektedir (52,53). Ancak BDT çalışmalarında destek gruplarından farklı sonuçlar elde edilememesi ve tedavi sonrası nüklere oldukça sık rastlanması (52,53) birlikte düşünüldüğünde yaşlılarda GKB tedavilerinde fonksiyonel olmayan şemalar ve otomatik düşünceler üzerine yoğunlaşmaktansa grup terapilerinin ya da bireysel destekleyici terapilerin daha faydalı olacağı düşünülmektedir (4). Daha önce de belirtildiği üzere, yaşlılarda GKB tanı kriterlerinin karşılanmadığı ama kaygı semptomlarının olduğu durumların da oldukça önemli olduğu ve müdahale edilmesi gerektiği belirtilmektedir. Dolayısı ile yaşlılarda kaygı semptomlarına dair yapılacak destek çalışmalarının önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca, kaygı semptomlarını azaltmada gevşeme egzersizlerinin oldukça etkin olabileceği belirtilmektedir (51). Gevşeme egzersizlerinin yaşlıların tedavisinde kullanılması semptomların şiddetini daha kısa sürede azaltması, daha kısa ve ekonomik olmasından dolayı diğer terapi yöntemlerinde daha çok desteklenmelidir.

Sonuç olarak; yaşlılık dönemi bilişsel, davranışsal ve duygusal alanlardaki değişimlerden dolayı diğer yaşam evrelerinden farklı olması nedeni ile yaşlılardaki kaygı semptomlarının içeriklerinin, günlük yaşama etkilerinin ve tedavilerinin diğer yaş gruplarından farklı ihtiyaçları ortaya çıkardığı düşünülmektedir. Dolayısı ile ileriki çalışmaların daha fazla sayıda örnekleme yapılması ve yaşlılar için çeşitli risk faktörlerinin kapsamlı bir şekilde araştırılması ve yaşlı grubuna özgü hazırlanacak ölçüm araçları ve tedavi programları önemle teşvik edilmelidir.

TEŞEKKÜR

Bu makalenin düzeltme aşamasındaki katkılarından dolayı Prof. Dr. İhsan Dağ'a teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

1. Smalbrugge M, Pot AM, Jongenelis K, Beekman ATF, Eefsting JA. Prevalence and correlates of anxiety among nursing home patients. *Journal of Affective Disorders* 2005;88:145-153.
2. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in elderly. *American Journal of Psychiatry* 1994;151:640-649.
3. Stanley MA, Beck JG. Anxiety disorders. *Clinical Psychology Review* 2000;20:731-754.
4. Graham C. Worry and anxiety in old age. *Aging and Mental Health* 2003;7(5):323-325.
5. Alwahhabi F. Anxiety symptoms and generalized anxiety disorder in the elderly: A review. *Harvard Review Psychiatry* 2003;11:180-193.
6. Lenze EJ, Rogers JC, Martire LM, et al. The association of late-life depression and anxiety with physical disability. A review of the literature and prospectus for future research. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2001;9:113-135.
7. Beekman AT, Beurs E, Balkom AJ, Deeg DJ, Dyck R, Tilburg W. Anxiety and depression in later life: co-occurrence and communality of risk factors. *American Journal of Psychiatry* 2000;157:89-95.
8. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry* 2000;157:722-728.
9. Mulsant BH, Reynolds CF, Shear MK, Sweet RA, Miller M. Comorbid anxiety disorders in late-life depression. *Anxiety* 1996;2:242-247.
10. Flint AJ. Generalized anxiety disorder in elderly patients. *Drugs Aging* 2005;22(2):101-114.



11. Fuentes K, Cox BJ. Prevalence of anxiety disorders in elderly adults: A critical analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 1997;28:269-279.
12. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *Journal of Clinical Psychiatry* 2002;63:24-34.
13. Manela M, Katona C, Livingston G. How common are the anxiety disorders in old age? *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1996;11:65-70.
14. Schoevers RA, Beekman ATF, Deeg DJH. Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2003;18:944-1001.
15. Parmelee PA, Katz IR, Lawton MP. Anxiety and its association with depression among institutionalized elderly. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 1993;1:46-58.
16. Bruce SE, Machan JT, Dyck L. Infrequency of "pure" GAD: impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depress Anxiety* 2001;14:219-225.
17. Kessler RC, Dupont RL, Berglund P. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. *American Journal of Psychiatry* 1999;156:1915-1923.
18. Flint AJ, Rifat SL. Anxious depression in elderly patients: response to antidepressant treatment. *Journal of Geriatric Psychiatry* 1997;5:107-115.
19. Shimoda K, Robinson RG. Effect of anxiety disorders on impairment and recovery from stroke. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neuroscience* 1998;10:34-40.
20. Beck JG, Stanley MA, Zebb BJ. Characteristics of generalized anxiety disorder in older adults: a descriptive study. *Behavior Research and Therapy* 1996;34:225-234.
21. Wittchen HU, Carter RM, Pfister H, Montgomery S A, Kessler RC. Disabilities and quality of life in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression in a national survey. *International Clinical Psychopharmacology* 2000;15:319-328.
22. Balkom AJ, Beekman AFT, Beurs E. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in the Netherlands. *Acta Psychiatry Scand* 2000;101:37-45.
23. Teri L, Ferretti LE, Gibbons LE, ve ark. Anxiety in Alzheimer's disease: prevalence and comorbidity. *Journal of Gerontology* 1999;54:348-352.
24. Orrell M, Bebbington P. Psychosocial stress and anxiety in senile dementia. *Journal of Affective Disorders* 1996;39:165-173.
25. Bahar A, Tutkun H, Sertbaş G. Huzurevinde yaşayan yaşlıların anksiyete ve depresyon düzeylerinin belirlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005;6:227-239.
26. Lindsay J. The Guy's/ Age Concern Survey: physical health and psychiatric disorder in an urban elderly community. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1990;5:171-178.
27. Castillo CS, Schultz SK, Robinson RG. Clinical correlates of early-onset and late-onset poststroke generalized anxiety. *American Journal of Psychiatry* 1995;152:1174-1179.
28. Soydan M, Altıparmak S, Karadeniz G. Huzurevinde kalan yaşlılarda anksiyete durumu ve ilişkili risk faktörleri. *Aile ve Toplum Dergisi* 2005;8(2):1-5.
29. Wetherell JL, Le Roux H, Gatz M. DSM-IV criteria for generalized anxiety disorder in older adults: distinguishing the worried from the well. *Psychology and Aging* 2003;18:622-627.
30. Diefenbach GJ, Stanley MA, Beck JG. Worry content reported by older adults with and without generalized anxiety disorder. *Aging and Mental Health* 2001;5:269-274.
31. Kaya B. Yaşlılık ve Depresyon – 1 Tanı ve Değerlendirme. *Geriatri* 1999;2(2):76-82.
32. Çakır S, Batmaz S, Kulaksızoğlu IB. Anksiyetenin eşlik ettiği geç başlangıçlı depresyonda moklobemid etkinliği: Bir açık çalışma. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2006;43:5-9.
33. Flint AJ, Rifat SL. Relationship between clinical variables and symptomatic anxiety in late-life depression. *Journal of Geriatric Psychiatry* 2002;10:292-296.
34. Averill PM, Beck JG. Posttraumatic Stress Disorder in older adults: A conceptual review. *Journal of Anxiety Disorders* 2000;14:133-156.
35. Lowe PA, Reynolds CR. Do relationships exist between age, gender and education and self-reports of anxiety among older adults? *Individual Differences Research* 2005;3(4):239-359.
36. Cheok A, Snowdon J, Miller R, Vaughan R. The prevalence of anxiety disorders in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1996;11:717-726.
37. Ron P. Depression, homelessness, and suicidal ideation among the elderly: a comparison between men and women living in nursing homes and in the community. *Journal of Gerontological Social Work* 2004;2(3):97-116.
38. Gülseren S. Huzurevinde yaşamakta olan bir grup yaşlıda bilişsel işlevler, ruhsal bozukluklar, depresif belirti düzeyi ve yaşam kalitesi. *Geriatri* 2000;3(4):133-140.
39. DePaola SJ, Neimeyer RA, Lupfer MB, Fiedler J. Death concern and attitudes toward the elderly in nursing home personnel. *Death Studies* 1992;16:537-555.
40. Rasmussen C A, Brems C. The relationship of death anxiety with age and psychosocial maturity. *The Journal of Psychology* 1996;130:141-144.
41. Erikson EH. *The life cycle completed*. New York: Norton, 1982;61-67.



42. Twelker P. The relationship between death anxiety, sex, and age. <http://www.tiu.edu/psychology/deathanxiety.htm>. Erişim tarihi: 12.12.2006.
43. Fortner BV, Neimeyer RA. Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies* 1999;23:387-411.
44. Pearson JL. Research in late-life anxiety: summary of a national institute of mental health work-shop on late-life. *Psychopharmacology Bulletin* 1998;34:127-138.
45. Stanley MA, Beck JG, Glassco JD. Treatment of generalized anxiety in older adults: a pre-liminary comparison of cognitive-behavioral and supportive approaches. *Behavior Therapy* 1996;27:565-581.
46. Segal DL, Kabacoff RI, Hersen M, Van Hasselt VB, Ryan CF. Update on the reliability of diagnosis in older psychiatric outpatients using the Structured Clinical Interview for DSM-III-R. *Journal of Clinical Geropsychology* 1995;1:313-321.
47. Knauper B, Wittchen HU. Diagnosing major depression in the elderly: evidence for response bias in standardized diagnostic interview. *Journal of Psychiatric Research* 1994;28:147-164.
48. Kogan JN, Edelstein B, Mckee DR. Assessment of anxiety in older adults: current status. *Journal of Anxiety Disorders* 2000;14:109-132.
49. Kvaal K, Laake K, Engedal K. Psychometric properties of the state part of the Spielberger State-trait Anxiety Inventory (STAI) in geriatric patients. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2001;16:980-986.
50. Stanley MA, Beck JG, Zebb BJ. Psychometric properties of four anxiety measures in older adults. *Behaviour Research and Therapy* 1996;34:827-838.
51. Ayers CR, Sorrell JT, Thorp SR, Wetherell JL. Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and Aging* 2007;22:8-17.
52. Stanley MA, Beck JG, Novy DM. Cognitive-behavioral treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71:309-319.
53. Wetherell JL, Gatz M, Craske MG. Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2003;71:31-40.
54. Jeste ND, Hays JC, Steffens DC. Clinical Correlates of anxious depression among elderly patients with depression. *Journal of Affective Disorders* 2006;90:37-41.
55. Heun R, Papassotiropoulos A, Ptok U. Subthreshold depressive and anxiety disorders in the elderly. *European Psychiatry* 2000;15:173-182.
56. Beurs E, Beekman AT, Deeg DJ, Dyck R, Tilburg W. Predictors of change in anxiety symptoms of older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Psychological Medicine* 2000;30:515-527.
57. Schoevers RA., Deeg DJH., Tilburg W., Beekman ATF. Depression and generalized anxiety disorder: co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2005;13:31-39.
58. Corner L, Bond J. Being at risk for dementia: Fears and anxieties of older adults. *Journal of Aging Studies* 2004;18:143-155.

