Bölüm
137

YAŞLILARDA DEPRESYON VE YÖNETİMİ

Celaleddin TURGUT[1]

GİRİŞ

Dünya genelinde depresyondan muzdarip insan sayısı 350 milyondur. Böylece depresyon en önemli yeti yitimi nedenlerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Depresyon artmış morbidite ve mortaliteyle ilişkilidir (1). Yaşlılıkta depresif belirtilerle sık karşılaşılmaktadır. Eşlik eden ilaç kullanımı ve fiziksel hastalıklar depresyon riskini artırmaktadır. Yaşlılarda depresyonunun klinik görünümü gençlerde olduğundan farklı olabilmektedir. Dolayısıyla aile hekimleri yaşlılardaki depresyon vakalarını tanımakta zorlanmaktadır (2). İleri yaş depresyon vakalarında antidepresan tedavi ile %80'lere varan oranlarda remisyon bildirilmiştir (3). Tedavi edilmeyen ileri yaş depresyonlar, kötü yaşam kalitesi, kronik hastalığın kötüleşmesi ve intihar gibi önemli sonuçlarla ilişkilidir (3). Aile hekimlerinin klinik belirtileri tanımaları ve tedavi yönetimini bilmeleri hastaların sevk ve tedavilerinde, ayrıca tedavi edilmemiş vakaların neden olduğu ciddi sonuçları önlemede, etkili olacağı düşünülmektedir.

EPİDEMİYOLOJİ VE DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER

Depresif bozukluklarda (sendrom düzeyindeki tüm depresyon tanıları) ve major depresif bozuklukta 12 aylık yaygınlık sırasıyla; %9 ve %3.4 olarak tahmin edilmektedir. Yaşam boyu depresyon yaygınlığı %10'dur (4). Dünya genelinde depresyondan muzdarip insan sayısı 350 milyondur. Böylece en önemli yeti yitimi nedenlerinden birisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Küresel yük çalışmasında depresyon, morbiditede nedenleri arasında 3. sırada bulunmuştur (1).

Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastaların yaklaşık %10'unda depresif belirtiler eşlik etmektedir (5) Bir çalışmada, birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda major depresif bozukluk (MDB), minör depresyon ve eşik altı depresyon sıklığı sırasıyla; %9,%6 ve %10 bulunmuştur (6). Genel yaşlı nüfusta MDB sıklığı %1-4, depresif belirtilerin sıklığı %8-16 olduğu tahmin edilmektedir. Uzun dönemli bakım hizmetleri alan yaşlı hastalarda MDB sıklığı %12-14 iken, depresif belirtilerin sıklığı %35 bulunmuştur (7). Bir başka çalışmada toplumda MDB sıklığı 70 yaşında % 5.6 iken 85 yaşında %13 olduğu bildirilmiştir. Bu durum yaşın, ileri yaş depresyon için bir risk faktörü olduğunu düşündürmektedir (8).

Kadınlarda depresyon sıklığının iki kat daha fazla olduğu bildirilmektedir. Fiziksel engeller, düşük sosyoekonomik düzey ve bilişsel bozukluğun daha sık olması bu durumla ilişkili olabileceği düşünülmektedir (3). Kadın cinsiyet yanında, kronik somatik hastalık, bilişsel bozukluk, yakın sosyal temasın eksikliği, kişilik özellikleri, stresli yaşam olayları ve geçirilmiş depresyon öyküsü ileri yaş depresyonuyla ilişkili etkenlerdendir (9, 10).

Uzunlamasına yapılan çalışmaların olduğu bir derlemede, ileri yaş depresyonlu hastaların %31-35'i tamamen düzelirken, %48-51'i kısmi

[1] Doktor Öğretim Üyesi Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı celaleddinturgut@gmail.com

Yeterli doz ve sürede tedaviye devam etmemek, polifarmasiyi aşırı kullanmak, tedaviden erken vazgeçmek ve benzodiyazepinleri sık kullanmak farmakoterapide sık karşılaşılan hatalardandır. Geçmişte sıklıkla kullanılan benzodiyazepinlerin yan etkileri artık daha iyi bilinmektedir.Yan etkiler arasında sedasyon, düşme, kazalar, bilişsel bozukluklar ve demans gelişme riskinde artış bulunmaktadır (7).

Tedavinin sonlandırılmasına karar verildiğinde, ilacın 4 hafta içinde kademeli olarak kesilmesi önerilmektedir. Bazı hastalar için daha uzun süre gerekmektedir. Yarı ömürlerinin kısa olması nedeniyle özellikle paroksetin ve venlafaksin tedavisinde kesilme belirtileriyle daha sık karşılaşılmaktadır. İlaç kesildikten sonra hastalar birkaç ay süreyle takip edilmelidir eğer depresif belirtilerde nüks ile karşılaşılırsa antidepresan tedavi vakit kaybetmeden başlanmalıdır (26).

Psikoterapi

Yaşlı depresyonunda rol olan psikolojik faktörler arasında yas ve keder, dulluk, emeklilik, "boş yuva", ağrı ve hastalıklar bulunur. Yaşam boyu olan pişmanlıklar, yalnızlık, bağımlılık ekonomik zorluklar, yaşlanmayla ilişkili varoluşsal kaygılar ve mortalite önemli konulardandır (7). Psikoterapiler yaşlılık dönemi depresyonlarda - terapist mevcudiyetine ve hasta tercihine bağlı olarak- birinci basamak tedaviler arasındadır (27). Bilişsel davranışçı terapiler, kişilerarası psikoterapi, sorun çözme terapisi ve destekleyici psikoterapiler ileri yaş depresyon vakalarında tercih edilen yöntemlerdendir (28). Bilişsel davranışçı terapi, bir yandan bireyin haz aldığı sosyal aktivitelere katılımını artırırken, bir yandan da işlevsel olmayan, negatif düşünceleri belirlemeye ve yeniden çerçevelemeye odaklanır (27). Yaşlı hastalarda bilişsel davranışçı terapi yaklaşımları, gençlerde olduğu kadar etkili bulunmuştur (36). Bilişsel bozukluğu ve fiziksel hastalığı olanlarda etkisi düşüktür (37).

Ülkemizde birinci basamakta çalışan hekimlerimiz arasında bilişsel davranışçı terapiler veya diğer terapi ekollerinin eğitimini alanlar yok denecek kadar azdır. Bundan dolayı birinci basamakta depresyon tedavisinde psikoeğitim-yaşam tarzı değişikliği önerileri ve farmakoterapi yöntemleri öne çıkmaktadır. Hekimlerimiz psikotik, katatonik ve melankolik özellikleri ve tedavi direnci olmayan vakalarda antidepresan tedavilere başlayarak yanıtı takip edebilirler. Yukarıda da belirtildiği gibi, tedavi başlangıcından önce hastalık ve başlanacak tedaviyle ilgili bilgi verilmesi klinisyen ve hasta arasındaki terapötik ilişkiyi güçlendirebilir. Ayrıca bilgilendirme hastanın olası yan etkilere hazırlıklı olması açısından da önemlidir. Yan etkiler hastanın tedavi uyumunu bozabilir bundan dolayı tedavi sürecinde yan etkilerin takibi unutulmamalıdır. Yanıt alınan dozda en az 6-12 ay tedavi sürdürülmelidir. Tedavi direnciyle karşılaşıldığında hasta psikiyatri bölümüne sevk edilmelidir.

SONUÇ

Sınıflandırma sistemlerinde yaşlılık dönemi depresyonuna özgü kriterler bulunmamaktadır. Klinik pratiğimizde yaşlılık depresyonunda farklı belirtilerle karşılaşmaktayız bu nedenle yaşlılarda depresyon tanısı gözden kaçabilmektedir. İleri yaş depresyonda, somatik yakınmalar ve kronik hastalıklar daha sık eşlik etmektedir. Yaşlılarda, intihar girişimlerinin çoğu ölümle sonuçlanır. Çoğu durumda vakalar, birinci basamak hekimlerini intihar girişiminden birkaç gün önce ziyaret etmiştir. Yaşlı hastalar genç hastalarda kullanılan dozlarda antidepresan tedavisine ihtiyaç duyarlar. Antidepresanlar arasında etkinlik açısından anlamlı fark olmaması nedeniyle antidepresan seçiminde ilaç etkileşimleri, yan etki profili ve verimlilik rol oynamaktadır. İlaçlar düşük dozda başlanarak, yavaşça titre edilmelidir. Eş tanılarda kullanılan ilaçlar, ilaç-ilaç etkileşimi açısından dikkatle değerlendirilmelidir Psikoterapiler birinci basamak tedaviler arasındadır.

Anahtar Kelimeler: Antidepresan, depresyon, yaşlılık

KAYNAKÇA

1. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. PLoS medicine. 2013;10(11):e1001547.
2. Mitchell AJ, Rao S, Vaze A. Do primary care physicians have particular difficulty identifying late-life depression? A meta-analysis stratified by age. Psychotherapy and psychosomatics. 2010;79(5):285-94.

3. Blazer DG. Depression in Late Life: Review and Commentary. The Journals of Gerontology: Series A. 2003;58(3):M249-M65.
4. Lépine J-P, Briley M. The increasing burden of depression. Neuropsychiatric disease and treatment. 2011;7(Suppl 1):3.
5. Malhi GS, Bassett D, Boyce P, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2015;49(12):1087-206.
6. Lyness JM, Caine ED, King DA, et al. Psychiatric disorders in older primary care patients. Journal of general internal medicine. 1999;14(4):249-54.
7. Casey DA. Depression in Older Adults: A Treatable Medical Condition. Primary care. 2017;44(3):499-510.
8. Palsson SP, Ostling S, Skoog I. The incidence of first-onset depression in a population followed from the age of 70 to 85. Psychological medicine. 2001;31(7):1159-68.
9. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. J Affect Disord. 2008;106(1-2):29-44.
10. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta psychiatrica Scandinavica. 2006;113(5):372-87.
11. Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı DSM-5. (Ertuğrul Köroğlu, Çev. Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği
12. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. The lancet. 2005;365(9475):1961-70.
13. Eker E, Noyan A. Yaşlıda depresyon ve tedavisi. Klinik Psikiyatri. 2004;2:75-83.
14. Sözeri-Varma G. Depression in the elderly: clinical features and risk factors. Aging and disease. 2012;3(6):465.
15. Gallo JJ, Rabins PV. Depression without sadness: alternative presentations of depression in late life. American family physician. 1999;60(3):820-6.
16. Van den Berg MD, Oldehinkel AJ, Bouhuys AL, et al. Depression in later life: three etiologically different subgroups. Journal of Affective Disorders. 2001;65(1):19-26.
17. Taylor WD, Aizenstein HJ, Alexopoulos GS. The vascular depression hypothesis: mechanisms linking vascular disease with depression. Molecular Psychiatry. 2013;18:963.
18. Alexopoulos GS, Kiosses DN, Klimstra S, et al. Clinical presentation of the "depression–executive dysfunction syndrome" of late life. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2002;10(1):98-106.
19. Beal E. Depression and dementia. Nature Reviews Neurology. 2010;6:470.
20. Dotson VM, Beydoun MA, Zonderman AB. Recurrent depressive symptoms and the incidence of dementia and mild cognitive impairment. Neurology. 2010;75(1):27-34.
21. Wells CE. Pseudodementia. Am J Psychiatry. 1979;136(7):895-900.
22. Morimoto SS, Kanellopoulos D, Manning KJ, et al. Diagnosis and treatment of depression and cognitive impairment in late-life. Annals of the New York Academy of Sciences. 2015;1345(1):36.
23. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, et al. The course of geriatric depression with" reversible dementia": a controlled study. American Journal of Psychiatry. 1993;150:1693-.
24. Conwell Y, Duberstein PR, Caine ED. Risk factors for suicide in later life. Biological psychiatry. 2002;52(3):193-204.
25. Casey DA. Suicide in the elderly: a two-year study of data from death certificates. Southern medical journal. 1991;84(10):1185-7.
26. Kok RM, Reynolds CF. Management of depression in older adults: a review. Jama. 2017;317(20):2114-22.
27. Taylor WD. Depression in the elderly. New England journal of medicine. 2014;371(13):1228-36.
28. Alexopoulos G, Katz I, Carpenter D, et al. The Expert Consensus Guideline Series. Pharmacotherapy of depressive disorders in older patients. Postgraduate medicine. 2001:1-86.
29. Van Damme A, Declercq T, Lemey L, et al. Late-life depression: issues for the general practitioner. International journal of general medicine. 2018;11:113.
30. Catalan-Matamoros D, Gomez-Conesa A, Stubbs B, et al. Exercise improves depressive symptoms in older adults: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. Psychiatry Research. 2016;244:202-9.
31. Taylor D., Paton C., Kapur S. (2015). Prescribing guidelines in psychiatry (Twelfth edit). Wiley Blackwell
32. Kok RM, Nolen WA, Heeren TJ. Efficacy of treatment in older depressed patients: a systematic review and meta-analysis of double-blind randomized controlled trials with antidepressants. Journal of affective disorders. 2012;141(2-3):103-15.
33. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. Am J Psychiatry. 2005;162(9):1588-601.
34. Beach SR, Kostis WJ, Celano CM, et al. Meta-analysis of selective serotonin reuptake inhibitor-associated QTc prolongation. J Clin Psychiatry. 2014;75(5):e441-9.
35. Álamo C, López-Muñoz F, García-García P, et al. Risk–benefit analysis of antidepressant drug treatment in the elderly. Psychogeriatrics. 2014;14(4):261-8.
36. Koder DA, Brodaty H, Anstey KJ. Cognitive therapy for depression in the elderly. International journal of geriatric psychiatry. 1996;11(2):97-107.
37. Pinquart M, Duberstein P, Lyness J. Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: a meta-analysis. Aging & mental health. 2007;11(6):645-57.