

Yaşlılıkta Görülen Psikiyatrik Rahatsızlıklar

PSYCHIATRIC ILLNESSES FOUND IN OLD AGE

Hatice GÜZ*, Esra GÖRDÜN ÇOLAK**

* Yrd.Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD,

** Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD, SAMSUN

Özet

Yaşlanma ile birlikte psikiyatrik belirtilerden bazılarında artma görülmektedir. En sık rastlanan psikiyatrik hastalıklar arasında ilk sırayı depresyon almaktadır. Bunun yanı sıra demans, deliryum, psikotik hastalıklar takip etmektedir. Fonksiyon kaybı, fiziksel hastalığın varlığı, sosyal destek azlığı, kadın cinsiyet, düşük gelir düzeyi ve kognitif bozukluklar gibi koşullar depresyon için kolaylaştırıcı faktörlerdir. Yaşlılarda görülen psikotik semptomlar demans ve depresyonla birlikte olabildiği gibi geç başlangıçlı şizofreniyi de gösteriyor olabilir. Anksiyete bozuklukları genellikle depresyonla birlikte görülürken, demanslı hastalarda daha az rastlanır. Anksiyete ile baş etmek için alkol ve ilaç kötüye kullanımı da yaşlılarda gençlere göre daha sık olmaktadır. Yaşlanmaya bağlı organik problemler arttığından somatik yakınmaları olan hastalarda somatoform bozuklukları tanımlamak da güçleşebilir. Diğer önemli konulardan biri de yaşlanma ile uyku fizyolojisinde olan değişiklikler ve bunların psikiyatrik hastalıkların belirtisi olup olmadığıdır. Fizyolojik değişimlere bağlı olarak psikotrop ilaçların yaşlılarda kullanımı da değişmektedir. Bu nedenle bu yazıda yaşlı hastalarda görülebilecek psikiyatrik hastalıklar ve bu hastalıkların ayırıcı tanıları literatür ışığında gözden geçirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yaşlanma, Psikiyatrik belirtiler, Depresyon, Demans, Anksiyete

T Klin Psikiyatri 2002, 3:63-74

Summary

Some psychiatric symptoms are found more frequently in aging. Depression is the most common psychiatric illness. Preceding depression, dementia, delirium and psychotic illnesses are other commonly found psychiatric symptoms. Conditions like functional handicap, chronic illness, lack of social support, being a woman, a low level of income and cognitive disorders are factors that facilitate depression. While the symptoms of anxiety are generally seen with depression they are less seen in patients with dementia. The misuse of alcohol and drug to cope with anxiety are more common in the elderly. As organic problems related to aging increase, the diagnosis of somatoform disorders in patients having somatic complaints may be difficult. Other important aspects are the changes in the physiology of sleeping in aging and to define whether they are signs of psychiatric illnesses. The use of psychotropic drugs related to physiological changes vary in the elderly. Due to this reason, in this paper, psychiatric symptoms that could be found in old patients and their differential diagnosis are reviewed in the light of other literature.

Key Words: Aging, Psychiatric symptoms, Depression, Dementia, Anxiety

T Klin J Psychiatry 2002, 3:63-74

Günümüzde ortalama yaşın artmasına paralel olarak yaşlı popülasyonu da giderek çoğalmakta, yaşlanmayla birlikte fiziksel değişiklikler ve medikal problemler de artmaktadır. Bunlara bağlı yeti yitimi ve ekonomik zorluklar da, bu dönemde görülen psikolojik ve sosyokültürel değişiklikleri önemli oranda etkilemektedir. ABD'de yapılan bir çalışmada 2000'li yıllarda 65-74 yaş grubunun %20, 75-84 yaş arasının %50 ve 85 yaş ve daha üzerinin ise %120 oranında artacağı rapor edilmiştir (1). Ülkemizde son dönemdeki araştırmalarda 60 yaş üzerinde bulunanların genel nüfusa göre

oranları %7.14, 65 yaş için %4.28 olarak bulunmuştur (2,3). Bu oranın günümüzde %9,3 olması beklenmektedir (3). Gelişmiş ülkelerde ise bu oran %15'dir (4). Ülkemizde ortalama ömrün 64.4 yıl olduğu bildirilmiştir (2).

Kadınlarda ortalama yaşam süresinin daha uzun olması sebebiyle, yaşlı nüfus içinde kadınların erkeklere oranı daha fazla olmaktadır (2,5).

Gerontolojistler, yaşlanma sürecini biyolojik, psikolojik ve sosyal olmak üzere üç gruba ayırmışlardır (5,6). Sinir sisteminde yaşlanmayla birlikte,

serebral kan akımında ve nöron ve sinaps sayısında azalmaya bağlı olarak beyin ağırlığı ve hacmi azalmaktadır. Yaşlılıkta, nörotransmitter sisteminde de depresyondakine benzer değişiklikler görülmektedir. Bu değişiklikler üç yolla olmaktadır:

1) Kolinerjik ve adrenerjik sistemdeki dejenerasyon sonucunda kognitif fonksiyonlar bozulmaktadır. Buna bağlı olarak da hafıza, dikkat, psikomotor aktivite ve algılamada bazı sorunlar görülebilmektedir.

2) Nörotransmitter seviyelerindeki azalma emosyonel labilite ve agresyona neden olabilir. Kognitif fonksiyonlarda gerileme bu değişikliklere ikincil olarak gelişebilir.

3) Katekolaminlerin azalması da depresyona sebep olabilmektedir (1,7).

Yaşlanma ile birlikte görme ve işitme azlığı gibi duyu alanlarında da fonksiyon kaybı olmaktadır. Bunun sonucunda soruları anlayamama, cevap verememe gibi sıkıntılar ortaya çıkmakta ve bu sorunların ilerlemesi ile de kognitif yetersizlikler, depresyon, anksiyete bozuklukları belirmektedir (1,7).

Yaşlılıkta bedensel değişikliklerle birlikte, sosyal ve psikolojik değişiklikler de olmaktadır. Elde bulunduran güç, saygınlık, ekonomik bağımsızlık, işlevsellik, yoğun yaşam koşulları azalmakta, kişi etken pozisyonundan edilgen pozisyona gelmektedir. (7) Bu kayıplar sadece kişinin kendisine özgü değildir. Sevdiklerini, eşini, arkadaşlarını ve çocuklarını kaybetmiş olabilir. En önemli toplumsal değişikliklerden birisi de emekliliktir. Emeklilik, gelirden azalma, sosyal konum kaybı ve bakıma muhtaç hale gelme olarak yorumlanabilir (5,7).

Endüstrileşmiş toplumlarda aile yapısının gittikçe küçülmesi, çekirdek ailelere daha fazla rastlanması, daha az üretken ve daha az etkin olmak, yaşlılarda tükenmişlik duygularını artırmakta, bu durum da depresyon ve diğer psikiyatrik hastalıklara sebep olmaktadır. Geleneklerine bağlı toplumlarda yaşlıların konumu değişik olacağından depresyon sıklığı değişmektedir (8,9).

Yaşlılarda en sık rastlanan psikiyatrik semptomlar arasında ilk sırayı depresyon almaktadır (major depresyon, distimik bozukluk, atipik depresyon). Depresyona sıklıkla anksiyete eşlik et-

mekte, bunu demans, deliryum, psikotik hastalıklar ve kişilik bozuklukları takip etmektedir. Organik rahatsızlıklar sebebiyle yaşlılarda, ilaç kötüye kullanımını olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır (10).

Duygudurum Bozuklukları

Depresyon

Epidemiyoloji

Depresyon, yaşlılarda en sık rastlanan duygudurum bozukluğudur (11-15). Polikliniklerde ayaktan takip edilen yaşlılarda depresyon sıklığı %13-40, yatarak tedavi görenlerde %10-45, yatarak tedavi gören demanslı hastalarda %52 olarak rapor edilmiştir (12-14). Türkiye'de depresif belirti yaygınlığını araştıran iki farklı çalışmada bu yaygınlık oranı %29 ve %11 olarak saptanmıştır (16).

Yaşla birlikte depresif semptomların arttığını savunan çalışmalar olmasına karşın (14), yaşlılığın depresyona karşı koruyucu olabileceği yönünde de çalışmalar mevcuttur (17,18). Henderson yaşlılarda 1 aylık depresyon prevalansının gençlere göre daha düşük olduğunu bildirmiştir (17). Wittchen ve ark. 1-6 aylık, 1 yıllık ve yaşam boyu depresyon prevalansının, genç ya da orta yaşlı erişkinlerde 65 yaş ve üzerindeki kişilere oranla daha düşük olduğunu saptamıştır (18). Regier ve arkadaşları ise 65 yaş ve üzerindeki kişilerde bir aylık major depresif epizod prevalansının %0,7, yetişkinlerde %2-3 olduğunu rapor etmiştir (19).

Etyoloji

Fonksiyonel sakatlık, kronik hastalık, sosyal destek azlığı, kadın olma, düşük gelir düzeyi ve kognitif bozukluklar gibi koşullar depresyon için kolaylaştırıcı faktörlerdir (6,14,15).

Yaşlılığın depresyona karşı koruyucu olduğunu savunan yayınlarda nedenler şöyle özetlenmiştir. Bunlardan birincisi, deprese hastalardaki mortalite oranının yüksek olması sebebiyle bu oran düşük çıkabilir. İkincisi; yaşlılıkta depresif epizotların ortalama sürelerinin daha kısa olmasından dolayı prevalans azalmış gibi görülebilir. Üçüncüsü; depresif bozukluğun temelindeki biyolojik olaylar yaşla azalabilir. Dördüncüsü ise sosyal

çevreye bağlı olan nedensel faktörlerin yaşam koşullarıyla desteklenebilir olmasıdır (17).

Depresyon kadınlarda daha sık görülen bir rahatsızlıktır (2,8,13,20,21). Yaşla birlikte kadın popülasyonunun erkek popülasyonuna oranı artmaktadır. Bunda kadınların ortalama yaşam sürelerinin daha uzun olması ve sosyal etkinliklerde daha başarılı olmalarının etkili olduğu söylenmektedir (11,14). Yayımlanan çalışmaların bazılarında, yaşın ilerlemesiyle, özellikle sekizinci dekatta erkeklerin daha fazla depresyon prevalansına sahip olduğu da bildirilmiştir (15).

Depresyonu olumsuz etkileyen faktörlerden bir diğeri de dul olmaktır (9,18). Shekelle ve arkadaşlarının çalışmasında 85 yaş üzerinde, kadınlarda, ekonomik gelirin düşük olduğu durumlarda, eğitim düzeyi düşük olanlarda, dullarda, tek başına yaşayanlarda, işsizlerde, fazla arkadaşı olmayanlarda, aile üyelerinden birisinin son altı ayda hastalandığı ya da kaybedildiği durumlarda daha fazla depresyon görülmektedir (8,22).

Depresyon sadece psikiyatrik değil organik sebeplere bağlı da oluşabilir. Bunlara örnek olarak; ilaç toksisitesi, (sedatif-hipnotikler, antikolinerjikler, antiparkinsoniyen ilaçlar, antihipertansifler, digoxin), metabolik ve endokrin hastalıklar (miksödem, tirotoksikoz, hipoglisemi, hipoksemi, hepatik ensefalopati), nutrisyonel hastalıklar (vitamin eksikliği ve elektrolit bozuklukları), intrakraniyal tümör ya da travma, infeksiyon (ensefalit, menenjit, pnömoni) ve aterosklerotik komplikasyonlar (stroke, geçici iskemik atak, konjestif kalp yetmezliği) (1).

Depresyon ve anksiyete ile hipertansiyon arasında pozitif ilişki olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (23). Paterniti ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada, başlangıçta depresif semptomları olmayan, diyastolik kan basıncı düşük hastaların iki yıllık izlemlerinde depresif semptom riskinin arttığı bildirilmiştir. Sistolik kan basıncıyla bu ilişki gösterilememiştir. Antihipertansiflerin de depresyon yapıcı etkileri olduğu bilinmektedir. Hipotansiyonun da somatik yakınmalar ile seyretmesi nedeniyle depresyonu kolaylaştırabileceği ileri sürülmüştür (24).

Klinik ve semptomlar

DSM-IV kriterlerine göre depresyonun semptomları çeşitli alanlarda görülmektedir.

1) Emosyonel Alan: Depresif duygu durum (disfori), hiçbir şeyden zevk alamama (anhedoni).

2) Vejetatif Alan: İştahta azalma (anoreksi)/ artma (hiperfaji), uykusuzluk (insomnia)/ aşırı uyku uyuma (hipersomnia), psikomotor retardasyon/ajitasyon, yorgunluk bitkinlik/enerji kaybı (anergi).

3) Kognitif Alan: Suçluluk, değersizlik düşünceleri, konsantrasyon güçlüğü, dikkatte azalma, ölüm düşünceleri (25).

Yaşlılıkta görülen depresyonla genç yaşta görülen depresyon arasında klinik görünüm açısından belirgin farklar olmamasına rağmen, yaşlılarda kilo kaybı, somatik yakınmalar (özellikle baş ağrısı ve tinnitus gibi) ve kognitif bozukluklar daha ön plandadır (26). Kognitif bozukluklar hem demansta hem de depresyonda görülebilir. Depresyon aslında affektif bir hastalık olmasına rağmen demans benzeri semptomlara sebep olabilir (27).

İleri yaşlarda görülen depresyonda hüznün, elem, üzüntü gibi duygular ön planda olmayabilir (8). Yaşlılarda görülen depresyonda kilo alma ya da kilo kaybı, uykuya dalma ya da uykuyu sürdürmede zorluk gibi semptomlara daha sıklıkla rastlanmaktadır (8,26). Somatik yakınmalar, nihilistik sanrılar da sık görülür (7). Psikotik özellikli depresyonu olan vakalarda depresyonun daha şiddetli seyrettiği ve yalnızca %10'u bir yıl içinde iyileşme gösterdiği bildirilmiştir (6). Psikotik özellikli depresyonu olan hastaların ailelerinde depresyon açısından morbidite riskinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (15). Murphy'nin yaşlılar üzerinde yaptığı çalışmada ise hastaların %40'ının psikotik depresyon tanısı aldığı ve psikotik olan ve olmayan hastalarda tedavi başarısında belirgin fark olmadığı belirtilmiştir (6).

Yvonne Forsell ve ark'ları major depresif semptomları başlıca iki gruba ayırmıştır. Birinci grupta duygudurum bozukluğu; disfori, iştahsızlık, suçluluk duygusu hissetme, ölme isteği ya da ölüm düşünceleri; ikinci grupta motivasyon bozukluğu; ilginin kaybedilmesi, psikomotor değişiklikler,

enerji kaybı, düşüncelerini yoğunlaştırmada ya da konsantrasyonda zorluk çekme yer almıştır (21). Yaşlı kadınlarda duygudurum bozuklukları daha fazla görülürken, erkeklerde motivasyon bozukluğunun sık olduğu bildirilmiştir (27).

Geç dönem depresyonda özetleme, organize etme, bölümlenme ve planlamayı içeren idare bozuklukları da görülebilir (28).

Mortalite ve suisid

Depresyon tedavi edilmezse morbidite ve mortalite riski artırmaktadır (29). Yaşlılarda ciddi suisid girişimi, %75 gibi yüksek oranlardadır ve bu girişimlerin çoğu ilk depresif atakta olmaktadır (12). Bu sebeple suisid düşüncesi yaşlılarda özellikle sorgulanmalıdır (29). Ölüm oranının erkeklerde daha yüksek olduğu da unutulmamalıdır (30).

Fiziksel hastalıklar ve depresif semptomların varlığı geç dönem mortalitesini etkilemektedir (8). Depresif semptomların mortalite riskini yaklaşık iki kat artırdığı saptanmıştır.

Distimi

Distimi, geç yaşlarda erken yaşlara göre daha az rastlanan bir hastalıktır (14). Depresyonun yaşla sıklığının arttığını doğrulayan pek çok çalışma olmasına rağmen distimi için yeterli örnek henüz mevcut değildir (21,27). Yapılan çalışmalarda, yaşlılarda major depresyonun %5.9, distiminin %8.3 oranında görüldüğü rapor edilmiştir. Yapılan bir çalışmada 103 Alzheimer hastasının %51'inde depresif bulgulara rastlanmış, bunlardan %28'inde distimi, %23'ünde ise major depresyon bulunduğu tespit edilmiştir. Aile hikayesinde depresyon olması durumunda distimi daha sık görülmektedir. Distimi, major depresyon gibi kadınlarda daha sık görülmektedir (31). Distimik bozukluğun demansın başlangıç döneminde ortaya çıkabildiği ve entelektüel fonksiyonlarda major depresyona oranla daha az bozulmaya sebep olduğu bildirilmiştir (32). Distimi başlangıcında %70 oranında önemli bir stresör faktör olduğu saptanmıştır (5).

Bipolar Duygudurum Bozuklukları

Genellikle yetişkinlik döneminde görülen bir hastalıktır. İlk atağın 65 yaş üzerinde görülmesi

klinisyen için uyarıcı olmalı ve organik bir sebep olup olmadığı mutlaka araştırılmalıdır. Yaşlıda mani konfüzyonla başlayabilir. Bu tablo yanlışlıkla deliryum tablosuyla karışabilir (2) Yaşlılarda görülen bipolar bozukluğun ajite depresyondan ayrımının iyi yapılması gerekmektedir (2,5).

Bipolar duygudurum bozukluğunda yapılan görüntüleme yöntemlerinde subkortikal dejeneratif demansla bipolar bozuklukların birbirine benzer olduğu rapor edilmiştir (33). Andreasen ve arkadaşları bipolar hastalardaki ventriküler genişlemenin, yaşlanma ve unipolar depresyondaki ventriküler genişlemeye benzemediğini bildirmişlerdir (34).

Yaşlı bipolar hastalarda tartışılan bir başka konu ise lityum kullanımınıdır. Yaşlanmaya bağlı olarak böbrek klirensi azaldığı için düşük dozlardaki lityum kullanımının bile toksik tabloya neden olabileceği unutulmamalıdır (2,5).

Demans ve Depresyon

Sıklık

Demans yaşlılarda en sık görülen bir diğer hastalıktır (20,27). Demanslı hastalarda depresyon sıklığı %11-57 olarak bildirilmesine rağmen, farklı sonuçlar veren yayınlar da bulunmaktadır (35). Alzheimer'lı hastaların yaklaşık %30'unda depresif hastalık öyküsü vardır (15,36). Bir başka çalışmada ise depresyonlu hastalarda on kat daha fazla demans görüldüğü bildirilmiştir (35,37).

Belirtiler

Depresyonda görülen demans tablosuna pseudodemans denmektedir (38). Demans sırasında ortaya çıkan depresif tabloya da psödodepresyon denmektedir. Liston konulan bu yanlış tanının uzun süreli, pahalı, etkisiz tedavi verilmesine sebep olacağını bildirmiştir (39). Depresyonda görülen kognitif semptomların reversibl olması nedeniyle "reversibl demans" ya da "depresif demans" da denmektedir (38).

Demansı olan ve olmayan hastalarla yapılan sosyodemografik karşılaştırmalı çalışmada eğitim, yaş, sağlık durumu, egzersiz, alkol kullanımı, fonksiyonel durum açısından anlamlı farka rastlanmamıştır (37). Alexopoulos, demans ve depres-

yonun birlikte olduğu hasta grubunu, tek başına depresyonu olan grupla karşılaştırdığında, yaş ve cinsiyet dağılımının benzer olduğunu bildirmiştir (15). Cinsiyet göz önünde bulundurulduğunda ise, demanslı erkeklerin kadınlara oranla daha fazla agresif davranış ve deliryum tablosu sergilediği, kadınlarda ise parafreni benzeri semptomların daha sık görüldüğü saptanmıştır (40).

Eğitim düzeyi yüksek olan yaşlı hastalarda Alzheimer hastalığının daha az görüldüğü saptanmıştır (41). Alzheimer hastalığında, kognitif semptomlar belirginleşmeden önce depresif belirtilerin erken bir bulgu olarak ortaya çıkabildiği bildirilmiştir (42).

Demans ve depresyonda psikiyatrik aile öyküsünün varlığı önemlidir (20,42). Çünkü geçmişte duygudurum bozukluğu tanısı almış, dirençli depresyon ya da disforik duygudurumu olan, subakut başlangıçlı, aile öyküsünde psikiyatrik hastalığı olanlarda depresyonlu demansın daha yaygın olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (26).

Klinik ve semptomlar

Yaşlılardaki depresif sendrom sıklıkla reversibl demansla olup, umutsuzluk, anksiyete, çaresizlik, hezeyan ve motor retardasyon gibi semptomlarla seyretmektedir. Bu bulgular kognitif bozukluktan daha şiddetlidir (15). Pseudodemanslı hastalarda sabah erken kalkma, anksiyete, libido kaybı, ajitasyona sık rastlanmaktadır (26,43,44). Bu hastalarda adlandırma, okuma, yazma, hesap yapma ve kopyalama gibi kortikal fonksiyonlar zayıflamakta ya da bozulmaktadır (28).

Lazarus ve ark'ları demanslı hastalarda depresyonun intrapsişik (anksiyete, ümitsizlik, değersizlik, çaresizlik) semptomlarının, vegetatif semptomlara (iştah değişiklikleri, uyku problemleri, psikomotor retardasyon veya ajitasyon, yorgunluk) göre daha sık görüldüğünü bildirmiştir (20). Reynolds ve ark'ları ise uyku ve libido gibi vital semptomların daha sık olduğunu rapor etmiştir (43).

O'Connor ve ark'ları demanslı hastalarda normal deneklere göre uyku bozukluklarının daha az görüldüğünü, fakat kararsızlık ve düşüncede yavaşlamanın daha yoğun olduğunu söylemiştir (45).

Demansta isimlendirme, okuma, yazma, hesaplama ve kopyalama gibi fonksiyonların yanı sıra serbest çağrışım, dikkat, hatırlama, motor hız, el emeği isteyen ince işler ve kelime akıcılığında bozulma olduğu bildirilmiştir (15). Ayrıca zamanla ilgili oryantasyon bozukluğu, evini bulmakta zorluk, giysilerini giymede problemlere de sık rastlanmaktadır (43).

Depresyonun bu bulguları demanstaki semptomlara benzediği için iki tanının ayrımında dikkatli olunmalıdır (Tablo 1'de gösterilmiştir).

Demanslı hastalarda ortaya çıkan davranış değişiklikleri, mental durumdaki dalgalanmalar depresyon yönünden uyarıcı olmalıdır. Bazen depresyondaki kognitif bozuklukların affektif semptomlardan da önce başlayabileceği unutulmamalıdır

Demansın semptomları arasında sayılan affektif küntlük (körelme), konsantrasyon azlığı, iştah ve uyku bozuklukları ile psikomotor yavaşlama gibi semptomlar depresif bulgularla karışabilmektedir (26).

Kales ve ark'ları demans ve depresyonu olan hastalarda, tek başına demans ya da depresyonu olanlara kıyasla rahatsızlıklarının daha şiddetli seyrettiğini, daha fazla bakıma ihtiyaç duyduklarını ve tedavilerinin daha uzun sürdüğünü rapor etmişlerdir (46). Tek başına depresyonu olan hastaların antidepresan tedaviye daha iyi yanıt verdiği bildirilmiştir (37). Bazı çalışmalarda, irreversibl

Tablo 1. Demans ve depresyon ayrımında klinik özellikler

| | DEPRESYON | DEMANS |
|--|-----------|--------|
| Akut başlangıç | +++ | - |
| Depresif duygu durumu | ++++ | + |
| İlerleyici yıkım | +++ | - |
| Psikolojik testler | | |
| Testlerde kötü performans | - | +++ |
| Objektif adlandırma testi | - | +++ |
| Çizim testi | - | +++ |
| EEG | - | ++ |
| Hastalığın hızlı ilerlemesi | +++ | - |
| Akşam saatlerinde kötüleşme | - | ++++ |
| Amaca yönelik hareketlerde ve tanımda bozukluk | - | ++ |
| CT anormallikleri | - | +++ |

demanslılarda, reversibl demanslılara göre Mini Mental Durum Testi (MMSE) puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (26,43).

Güz ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada 103 hasta incelenmiş ve %44.6'sında demans olduğu, demanslı ve demanssız grup arasında eğitim, cinsiyet, psikiyatrik aile öyküsü ve depresyon puanı açısından farklılık olduğu saptanmıştır(47).

Etyoloji

Yaşlı hastaların bazılarında neden depresyonla birlikte kognitif bozuklukların görüldüğü açık değildir. Kabul edilen görüş, altta yatan demansif bir hastalığın erken dönemi olabileceğidir (15). Özellikle demansın erken döneminde kognitif defisitlerine reaksiyon olarak depresyon da gelişebilmektedir (32,48). Zubenco ve Moosy lokus seroleus, substansiya nigra, santral superior rafe çekirdeğinde depresyonla birlikte demansı olanlarda depresyon bulunmayanlara göre daha fazla nörofibriler yumak bulunduğunu bildirmişlerdir (49).

Radyodiyagnostik Bulgular

Demans ve depresyon ayrımında BT, EEG, uyku EEG si, SPECT, PET, MR çalışmaları yapılmıştır.

Depresyonu olan yaşlı hastalarda presinaptik serotonin geri alım reseptörlerinde, dejeneratif demanslı ve normal yaşlılara oranla azalma olduğu bulunmuştur (50).

Yaşlanmayla birlikte, BT'de beyin dansitesinde azalma ve ventrikül boyutlarında artma olmaktadır. Vasküler demans tanısında BT sonuçları daha iyi yol gösteriyorken, dejeneratif demanstaki yeri sınırlıdır. BT'de görülen yaygın kortikal atrofi ile demans arasında korelasyon olduğu saptanmıştır. Kortikal bozukluklarda ise depresyon akla gelmelidir (33).

PET ve SPECT çalışmalarında, reversibl demanslı deprese hastalarda ve demanslılarda benzer anomalilere rastlandığı bildirilmiştir. PET çalışmalarında, limbik sistem ve frontal kortekste kan akımında azalma gösterilmiştir (51). Deprese hastalarda, bazal ganglion ve sol anterior prefrontal alanda glukoz metabolizmasında azalma, serebellar vermiste ise artma olduğu saptanmıştır (15).

Yaşlı depresif hastalarda, MR'da beyaz madde hiperintensibilitesi ve subkortikal anomaliler görülmüştür (52). Beyaz madde intensiteleri geriatrik depresyonun kronikleştiğini göstermektedir ve genellikle idare bozukluklarıyla bağlantılı olduğunu düşündürmektedir (28,53). Bunlara ilave olarak deprese hastalarda normal popülasyona göre putamen ve kaudat volümlerinde azalma olmaktadır (53).

Kortizol seviyelerinin yüksek olması depresyonla birlikte olabildiği gibi nöronal ölüm ve kognitif bozukluklarla da birlikte olabilir. Kortizol seviyelerinin yüksek olması ile hipotalamopituitar aks bozukluklarının, depresif ve kognitif yakınmalara neden olabileceği bildirilmiştir (36).

Son yapılan çalışmalarda, apoprotein E4 allelinin varlığının Alzheimer hastalığı için risk faktörü olduğu söylenmiştir (36,54). Apolipoprotein E4 allelinin varlığının, aynı zamanda geriatrik depresyon için de risk faktörü olabileceği bildirilmiştir (54).

Depresyon ya da dejeneratif demansı olan hastalarda yapılan çalışmalarda santral sinir sistemindeki plateletlerin membranlarında, üç farklı anormali gözlenmiştir. Kadınlarda daha belirgin olmak üzere, yaşlanmayla birlikte platelet monoamino oksidaz aktivitesi artmaktadır (33).

İzleme Çalışmaları

Yapılan izleme çalışmalarında Alexopoulos reversibl demanslı deprese grupta (%43) tek başına depresyon olan gruba göre daha sık irrversibl demans geliştiğini göstermiştir (15). Karl ve Emery, pseudodemansı olan yaşlıları sekiz yıl izleme sonunda %89'unda Alzheimer tipi demans geliştiğini söylemiştir (33). Copeland ve ark'ları üç yıllık periyodlarla yaptığı çalışmada depresif pseudodemanslı hastaların %24'ünde demans geliştiğini ve %28'inde demans kriterlerini karşılamayan kognitif bozukluk olduğunu bildirmişlerdir (30).

Alexopoulos ve ark'ları ise demansif sendromda dikkat bozukluğu, serbest çağrışım, motor hız, kelime akıcılığı, spontan detayları ayırmasamada yetersizlik gibi kognitif fonksiyonlarda orta derecede yetersizlik olduğunu bulmuştur. Yapılan izleme çalışmalarının sonunda, major depresyon

için hastanede yatarak tedavi gören, 57 yaşlı hasta-
da, tek başına depresyon olan gruba oranla (%12)
reversibl demanslı deprese grupta (%43), 4.69 kez
daha fazla irreversibl demans geliştiğini saptamış-
lardır (15).

Yvonne Forsel ve ark'ları demansı olan ve ol-
mayan 643 vakayı karşılaştırdığı çalışmasında,
213'ünde demansın olduğunu, 430 'unda ise
demansa rastlanmadığını bildirmişlerdir. Depresif
semptomları olan vakalar duygudurum bozukluğu
ve motivasyon bozukluğu olmak üzere iki grupta
toplanmıştır. Birinci grupta duygudurum bozuklu-
ğu olanlarda orta derecede demansın daha sık
görüldüğü bildirilmiştir. Şiddetli demansı olanlarda
ise motivasyon bozukluğu semptomlarının daha
fazla olduğu söylenmiştir (21,27).

Reynoulds'un çalışmasında da pseudodemanslı
gruba oranla demanslı grupta kognitif bozuklukla-
rın başlama yaşının daha geç olduğu bildirilmiştir
(43). Bir başka çalışmada demans ve depresyonun
birlikte olduğu vakalarda daha fazla hastaneye
yatış ve daha fazla bakım verenlerin yardımına
ihtiyaç duyulduğu ve tek başına demanslı ya da
depresyonlu hastaların daha kolay ayaktan tedavi
edilebileceği belirtilmiştir (26).

Hastalığın şiddeti, fiziksel rahatsızlığının ol-
ması, yeterli tedavi görmeme, yaşadığı stresli olay-
lar, erkek cinsiyet, erken başlangıç, rekürrens epi-
zotlar, zayıf premorbid kişilik ve hastalığın uzun
sürmesi tedavinin başarısını etkileyen faktörler
olarak belirtilmiştir (55).

Psikotik Bozukluklar

Yaşlı hastalarda psikotik bozukluklara da rast-
lanmaktadır. Yaşlılarda en sık konulan psikiyatrik
tanılar demans, depresyon, deliryum, tıbbi duruma
bağlı psikoz, bipolar hastalıklar, şizofreni,
şizoaffektif bozukluktur (2,5,56). Copeland 60 yaş
üstü 5222 kişiyi şizofreni insidansını belirlemek
amacıyla incelediğinde; yeni şizofreni vakaları için
yıllık prevalans ve minimum insidans oranlarını
%0.12 ve 3.0/100000 olarak bildirmiştir (57).

Webster ve arkadaşları 1995-1998 yılları ara-
sında 1730 hastayı retrospektif incelemiş ve
psikotik semptomlarla başvuran hastaların
166'sında geç başlangıçlı şizofreni saptamışlardır

(58). Bu hastaların % 64'ünde hezeyanlar var iken,
sıklıkla (%91) paranoid tipte olduğu bildirilmiştir.
Somatik hezeyanlar %8, grandiyöz hezeyanlar ise
%4 olarak saptanmıştır. Referans fikirlerine de
yaygın olarak rastlandığı belirtilmiştir. Halüsinas-
yonların oranı ise %29 olarak belirlenmiştir. Bun-
ların %58'i görsel, %40'ı ise işitsel halüsinasyon-
lardır. Görsel halüsinasyonlar genellikle medikal
bir sebebi düşündürmektedir. Hastaların yalnızca
%7'si hem hezeyan, hem de halüsinasyon tanımla-
mıştır. (56).

Erken başlangıçlı şizofrenisi olan hastaların
%20'si, 65 yaşından sonra aktif belirtiler göster-
memektedir. Tüm şizofreni hastalarının %30'u
yaşlılık döneminde rezidüel tipe girmektedir. An-
cak hezeyan ve halüsinasyonlar ön planda olmasa
da, bu hastaların kendilerine bakımı azaldığından
destekleyici bir ortamda bulunması gerektiği bildi-
rilmiştir (5,56).

Yaşlılardaki psikotik bozukluklar tek başına
görülebildikleri gibi Alzheimer tipi demans, alkol
kullanım bozukluğu, depresif bozukluk, bipolar
bozukluk gibi durumlarla birlikte olabileceği göz
önünde bulundurulmalıdır. Yapılan çalışmalarda
şizofreninin demans riskini arttırmadığı gösteril-
miştir (59). Buna karşılık yaşamın geç dönemle-
rinde kognitif bozukluk saptanan kişilerde psikoz
riskinin arttığı bildirilmiştir.

Erken ve geç başlangıçlı şizofreni arasında
kognitif performans açısından farklılık saptanma-
mıştır. Brodaty ve ark'ları tarafından yapılan ça-
lışmada formal düşünce bozuklukları veya negatif
semptomların geç başlangıçlı şizofrenlerde daha az
görüldüğü bildirilmiştir (60).

Geç başlangıçlı şizofreni kadınlarda, sosyal
açıdan izole hayat sürenlerde, fiziksel ve psikolojik
stress altında olanlarda, eşini ya da işini kaybeden-
lerde, ekonomik durumu kötü olanlarda, emekli-
lerde, sağrlık ve körlük gibi fiziksel kayıplarla
tetiklenebilir (5). Geç başlangıçlı şizofrenide aile-
sel geçiş önemlidir. Erken başlangıçlı şizofreni
genellikle kadın ve erkekte eşit olarak görülmekte-
dir (29). Geç başlangıçlı şizofreninin kadınlarda
daha fazla görülmesinin sebebini bazı araştırmacı-
lar menapoz sonrası östrojen düzeylerinde azal-
mayla açıklamaktadırlar (29).

Geç dönemde görülen psikotik bulgular organik rahatsızlıklara bağlı olarak görülebileceği için hastanın fiziksel muayenesi ve laboratuvar incelemelerinin yapılması gerekmektedir.

ABD'de yapılan çalışmalarda tipik antipsikotiklerle tedavi edilen yaşlı hastalarda tardiv diskinezi insidansının arttığı rapor edilmiştir (2,5,61,62)

Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete bozuklukları, panik bozukluğu (agorofobi, agorofobisiz), panik bozukluğu olmadan agorofobi, yaygın anksiyete bozuklukları, fobiler, posttravmatik stress bozukluğu, akut stres bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gibi geniş bir hastalık grubunu içermektedir. Anksiyete bozukluklarının çoğu erken yaşta başlar (63). Gerek erken yaşta, gerekse yaşlılarda olan anksiyete bozuklukları kadın hastalarda erkeklere göre daha fazla görülmektedir. Geç yaşta başlayan anksiyete bozukluklarında fiziksel rahatsızlıklar, özellikle de kardiyak problemler göz önünde tutulmalıdır. Anksiyete aslında bir semptomdur ve geç dönemdeki anksiyetenin sebebinin ölüme yaklaşımdan doğduğu ileri sürülmektedir (7). Yaşlılarda yapılan çalışmaların çoğunda tek başına anksiyete bozukluklarına rastlanabileceği gibi, başka psikiyatrik hastalıklarla birlikte olabileceği de bildirilmiştir. Komorbidite genellikle duygudurum bozuklukları ve madde kullanımı ile birliktedir (63,64). Komorbid hastalıkların varlığı tedavinin başarısını da düşürmektedir (65).

Depresif hastaların yaklaşık %85'inde anksiyete bozukluklarına rastlanmaktadır (65). Van Balkom yaptığı çalışmada, yaşlı hastaların %10'unda iki ya da daha fazla anksiyete hastalığının olduğunu yayınlamıştır. Bu çalışmada ayrıca, depresyonu olanlarda %36 anksiyete bozukluğuna rastlanırken, anksiyete bozukluğu olanların %13'ünde major depresyon olduğu bulunmuştur (63).

Beekman ve ark'larının yaptığı çalışma da 6 aylık anksiyete prevalansının %10.2 olduğunu yayınlamıştır. Bu örneklerin %7.3'ü yaygın anksiyete bozukluğu, %3.1'i fobik bozukluk, %1.0'i panik bozukluk, %0.7'si OKB olarak sap-

tanmıştır (64). Wands ve arkadaşları ise Alzheimer hastalarında anksiyete semptomlarının daha az görüldüğünü rapor etmişlerdir (67). Lindesay ve ark. major depresyonu olan üç hastadan birisinin fobik bozukluk ya da yaygın anksiyete bozukluğu olduğunu söylemiştir (68). Yapılan bazı çalışmalarda ise panik bozukluğu ve sosyal fobiye yaşlılarda daha düşük oranda rastlandığı bildirilmiştir (68,69).

Yaşlı hastalarda depresyon ile birlikte yaygın anksiyete bozukluğu veya panik bozukluğunun olması, sadece depresyonu olan hastalıklara göre suisid riskini artırmaktadır (65,70,71).

Alkol ve İlaç Kullanımı

Krystal ve arkadaşları genç alkol bağımlılarında panik bozukluğu prevalansının yüksek olduğunu bildirmelerine karşın, 65 yaş üzerindeki alkoliklerde bunun olmadığı belirtilmiştir (72). Yaşlılıkta görülen alkol kullanımı genellikle erken yaşlarda başlamaktadır. Ancak yaşlı hastalarda yüksek oranda anksiyolitik kullanımına rastlanmaktadır (63,72). Kronik hastalıklarıyla baş edebilme, uykusuzluklarını giderebilme gibi sebeplerle anksiyolitik kullanımı yaşlılarda fazladır. Özellikle fobik bozukluğu olanlarda benzodiyazepin kullanımının çok fazla olduğu belirtilmiştir (63). Bu nedenle yaşlı hastalarda benzodiyazepin kullanımında dikkatli olunması, kısa süreli benzodiyazepin kullanımının tercih edilmesinin gerekliliğinin altı çizilmektedir.

Somatizasyon Bozuklukları

Yaşlılarda organik problemlere sıklıkla rastlandığı için somatik yakınmalar da oldukça sıktır. Bu sebeple somatizasyon bozukluklarının ayrımının yapılması oldukça güç olmaktadır. Pennix ve ark. somatik hastalık varlığında, anksiyete semptomlarının daha fazla görüldüğünü bildirmiştir (73). Yaşlılarda genellikle eklem ağrıları, kalp rahatsızlıkları, inkontinans, karaciğer rahatsızlıkları, ateroskleroz ve inmeye sık rastlanmaktadır. Van Balkom ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, yaşlı hastaların %67'sinin kronik somatik hastalıktan yakındığını ve bunların %12'sinin anksiyete bozukluğu kriterlerini karşıladığını bulmuşlardır (63). Yapılan çalışmalarda, kognitif bozukluklar ve so-

matik hastalıkların anksiyete bozukluklarıyla komorbiditesinin daha az olması şaşırtıcıdır (74).

Uyku Bozuklukları

Yaşlılarda genç ve orta yaşlara kıyasla uyku süresinin ve ihtiyacının azaldığı bilinmektedir. Aynı zamanda yaşlılarda uyku için olmasa bile yatakta kalış süresi de artmıştır. Non-REM uykusunun birinci bölümü uzamış, REM miktarı da azalmıştır. Pek çok yaşlı uykusuzluk yakınması ile hekime başvurmaktadır.

Yaşlılardaki uyku problemleri genellikle psikiyatrik rahatsızlıklara eşlik eder. Anksiyete bozuklukları, demans ve depresyonla birlikte olabilir. Depresyonda sabah erken kalkma, nadiren hipersomni, uykunun sık bölünmesi, gün boyu uykulu olma, kendini yorgun hissetme gibi sorunlar görülürken (20,26), anksiyete bozukluklarında genellikle uykuya dalmama gibi problemlere rastlanmaktadır (33,75,76). Reynoulds ve ark.'larının yaptıkları çalışmada primer dejeneratif demansla depresif demansı karşılaştırdığında, sabah erken uyanmaya depresif demansda daha sık rastlandığı bildirilmiştir (43). Ayrıca demansın ileri devrelerinde gece ajitasyonları, korkuları ve uykuya ilgili hezeyanlar da ortaya çıkabilmektedir. Yine orta ve ileri dönemdeki demansda geceleri deliryum tablosu görülebilmektedir. Bu durum klinisyeni organizite açısından uyarmalıdır (5).

Yaşlılardaki uyku problemlerinin sebebi iyi anlaşıldıktan sonra tedavi planlanmalıdır. Çünkü depresyon, demans ve anksiyete bozukluğunun eşlik etmesine göre antidepresan, hipnotik ya da sedasyon sağlayıcı antipsikotikler tercih edilmelidir (5).

Yaşlılık Döneminde İlaç Kullanımı

Yaşlı hastanın psikiyatrik tedavisinde bazı noktalara dikkat edilmeli ve ilacın özellikleri, yan etkileri ve ilaç etkileşimleri gibi konularda dikkatli olunmalıdır. Yaşlılarda tedaviye daha düşük dozdan başlanmalı, mümkünse polifarmasiden kaçınılmalıdır ve doz yavaş yavaş artırılmalıdır. Hastalara kullanım kolaylığı olan ilaçlar tercih edilmeli ve kullanım şekilleri tarif edilmelidir. Yan etkileri ve terapatik etkileri yakından izlenmelidir (76).

Antidepresanlar

Trisiklik antidepresanlar etkilerini histaminik, alfa 1 ve kolinerjik reseptörler üzerinden göstermektedir. Bu grup sadece depresyonda değil aynı zamanda anksiyete bozukluğu, somatoform bozukluklar, uyku problemleri gibi durumlarda da kullanılmaktadır (29,76).

Trisikliklerin kullanımında, üriner retansiyon, konstipasyon, taşikardi, ağız kuruluğu, hafıza bozuklukları gibi antikolinerjik yan etkiler sıklıkla görülmektedir (29,76). Ortostatik hipotansiyon ve sedasyon yapabilirler. Q-T intervalini anlamlı derecede kısaltırlar ve idioventriküler aritmilere, ölüme sebep olabilirler.

İkinci kuşak trisiklik ilaçlar amoksapin, maprotilin ve trazodon daha az antihistaminik, antikolinerjik ve ortostatik yan etkilere sebep olmaktadır. Fakat amoksapinin ekstra piramidal semptomlara sebep olacağı, maprotilinin nöbet eşliğini düşürebileceği ve trazodonun da sedasyon ve priapizm (6,29) yapabileceği akılda tutulmalıdır. Trisiklik antidepresanlar yaşlılarda oldukça etkilidir, fakat yan etki açısından dikkatli olunması gerekmektedir. Eğer yaşlılarda tercih edilecekse daha düşük dozlardan başlanmalı ve doz titrasyonu sağlanmalıdır. Yeni kuşak antidepresanlardan, fluoksetin, paroksetin, sertralin, sitalopram gibi serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI), yaşlılarda daha güvenle kullanılabilir ilaçlardır (76,77). Trisiklik antidepresanlara göre aşırı dozlarda daha güvenlidir, daha kolay tolere edilebilir ve daha az yan etkiye sahiptir. Uykusuzluk, gastrointestinal semptomlar, ajitasyon, seksüel problemler (impotans, anorgazmi, retrograt ejakülasyon), baş ağrısı sık görülen yan etkilerinden bazılarıdır (78).

Monoaminoksidaz inhibitörleri hakkında çeşitli görüşler mevcuttur. Bazı klinisyenler, yaşlılarda MAOI'nin kullanımından kaçınırlarken, bazıları yaşlılarda kullanımının tedbir alındığında güvenli olduğunu savunmaktadır (29). Akılda tutulması gereken yan etki tiramin içeren yiyeceklerle alındığında ortaya çıkabilecek olan hipertansiyon krizidir.

Antipsikotik İlaçlar

Antipsikotik ilaçlar, psikoz, ajitasyon, psikotik özellikli depresyon, demansın psikotik ataklarında

ve organik bir sebebe bağlı deliryum durumlarında kullanılmaktadır. Klasik antipsikotikleri kullanırken yan etki (ekstrapiramidal sendrom (EPS), ortostatik hipotansiyon, sedasyon vb.) açısından dikkatli olunmalıdır. Yaşlılarda düşük ve bölünmüş dozlar daha güvenli olabilir. Yeni kuşak, atipik antipsikotikler (risperidon, olanzapin, klozapin, ketiapin) yaşlılarda tipik antipsikotiklere göre daha güvenli olduğu bildirilmiştir. Bu grubun EPS ve tardiv diskinezi yapıcı etkileri daha azdır (29). Antipsikotik kullanımına bağlı oluşabilecek akut distoni, parkinsonizm gibi yan etkiler için biperiden sık kullanılan bir ajandır. Fakat biperidenin de antikolinerjik yan etkisi olduğu ve hafıza bozukluklarına sebep olabileceği unutulmamalıdır (76). EPS belirtileri için yaşlı hastalarda antikolinerjik ajanlar yerine, difenhidramin, benztropin mezilat kullanması daha uygundur (5). Benzodiyazepinler tedaviye yardımcı olarak uygulanabilir (29,76). Antipsikotikler nöbet eşliğini düşürebilirler. Bir diğer yan etki daha nadir görülmesine rağmen, fatal olabilen nöroleptik malign sendromdur (NMS) (62,76).

Sedatif ve Bunaltı Giderici İlaçlar

Yaşlılarda anksiyete tedavisinde benzodiyazepinler etkin ve güvenilir ilaçlardır. Deliryum, ajitasyon ve EPS tedavisinde de kullanılabilir. Bu ilaçlar etkilerini GABA üzerinden göstermektedir. Uzun etkili benzodiyazepinlerin aktif metaboliti vardır ve buna bağlı olarak kanda daha kolay birikebilirler. Kısa etkili benzodiyazepinler, metaboliti olmayıp birikme eğilimleri de daha azdır. Yaşlılarda yarılanma ömrü kısa olan lorazepam, oksazepam, alprozolam gibi anksiyolitikler tercih edilmelidir (2). Uzun etkili benzodiyazepinlerin yarı ömrünün uzun oluşu ve birikici özellikleri yaşlılarda yan etki ve toksisitede artmaya yol açabilir. Kısa etkili benzodiyazepinlerin diğer bir üstünlüğü de ilaç etkileşimlerinin de az olmasıdır. Çünkü yaşla birlikte fiziksel rahatsızlıklar artmakta ve bu rahatsızlıklar sebebiyle çok sayıda ilaç kullanılmaktadır (77). Anksiyolitik ajanların, paradoksal olarak ajitasyon yapıcı etkileri olabilir. Hastanın bu durumu gözden kaçarsa ilave olarak verilecek anksiyolitik dozu, durumu daha da artıracaktır. Ayrıca verilecek yüksek dozlarda solunum depres-

yonu yapıcı etkisi olabilir. Bu sebeple yaşlılarda benzodiyazepin dozu gençlerdekine oranla daha düşük olmalıdır. Oksazepamın paradoksal ajitasyon yapıcı etkisi daha az olduğu için yaşlılarda daha güvenli olabilir (76).

Sedatif etkili antihistaminikler de aynı amaçla kullanılabilir (29). Bu grup ilaçların solunum depresyonu yapıcı etkisi yoktur ve daha kısa ömürlüdür.

Buspiron, yaşlılarda anksiyeteyi kontrol etmek için kullanılan bir diğer grup ilaçtır. 5 HT 1a agonisti olup, sedatif ve antikonvülsan etkisi yoktur (29). MSS depresyonu ve yüksek dozlarda letal etkiye sahip değildir. En sık karşılaşılan yan etkileri baş ağrısı ve baş dönmesidir (29,76).

KAYNAKLAR

1. Yesavage J. Differential diagnosis between depression and dementia. *The Am J Med* 1993;94 (5A):23S-28S.
2. Eker E. *Psikiyatri Temel Kitabı* Cilt 2. 1998 Ankara.
3. Vehid S. Ülkemizdeki huzurevlerinin dağılımı ve bu dağılımın düşündürdükleri. *Cerrahpaşa J Med* 2000;31(4):239-44.
4. Alexopoulos GS (2000) Mood disorders. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, BJ Saddock, VA Saddock, 7. Basıkı, Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins, s.3060-7.
5. Ceylan E, Göka E. Araştırma ve klinik uygulamada biyolojik psikiyatri. İstanbul:1998;87-157.
6. Murphy E. The prognosis of depression in old age. *Br J Psychiatry* 1983;142:111-9.
7. Kaya B. Yaşlılık ve depresyon-1 tanı ve değerlendirme. *Turkish Journal of Geriatrics* 1999; 2(2):76-82.
8. Kennedy G, Kelman H, Thomas C. Hierarchy of characteristics associated with depressive symptoms in an urban elderly sample. *Am J Psychiatry* 1989;146:220-5.
9. Ramachandran V, Sarada Menon M, Arunagiri S. Socio-cultural factors in late onset depression. *Indian J Psychiatr.* 1982; 24(3):268-73.
10. Ruskin P. Geropsychiatrics consultation in a university hospital: a report on 67 referrals. *Am J Psychiatry* 1985; 142:333-6.
11. Özmenler KN. Yaşlılık çağı depresyonları Duygudurum Bozuklukları 2001; 3:109-15.
12. NIH Consensus Conference. Diagnosis and treatment of depression in late life. *JAMA* 1992;268:1018-24.
13. Steffans DC, Skoog I, Norton MC . Prevalance of depression and its treatment in elderly population: The Cache Country Study. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(6):601-7.
14. Blazer D, Burchett B, Service C, George LK. The association of age and depression among the elderly: An epidemiologic exploration. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 1991.46(6): M210-215.

15. Alexopoulos SG, Meyers BS, Young RC, Mattis S, Kakuma T. The course of geriatric depression with "reversible dementia": A controlled study. *Am J Psychiatry* 1993;150:1693-9.
16. Tamam L, Öner S: Yaşlılık çağı depresyonları. *Demans Dergisi* 2001;1:50-60.
17. Handerson AS. Does ageing protect against depression? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994;29:107-9.
18. Wittchen HU, Knauper B, Kessler RC. Depression across the life-cycle. *Br J Psychiatry* 1994.
19. Regier DA, Farmer ME, Rae D, Kramer M, Robins LN, Gorke LK, Karno M, Locke BZ. One month prevalence of mental disorders in the United States and Sociodemographic characteristics:the Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatr Scand* 1988;35-47.
20. Lazarus LW, Nancy N, Cohler B, Lesser J, Schweon C. Frequency and presentation of depressive symptoms in patients with primary degenerative dementia. *Am J Psychiatry* 1987;144:1 41-5.
21. Forsell Y, Jorm AF, Wingblad B. Association of age, sex, cognitive dysfunction and disability with major depressive symptoms in an elderly sample. *Am J Psychiatry* 1994; 151:11 1600-4.
22. Shekelle RB, Raynor WJ, Ostfeld AM: Psychological depression and the 17-year risk of cancer. *Psychosom Med* 1981; 43: 117-25.
23. Jonas BS, Frank P, Ingram DD. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? *Archives of family medicine* 1997; 6:43-9.
24. Paterniti S, Geneste C, Bisserte JC, Alperovitch A. Low blood pressure and risk of depression in the elderly: A prospective community-based study. *Br J Psychiatry* 2000;176:464-7.
25. DSM- IV: Diagnostik and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Editions. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
26. Rabins PV, Merchant A, Nestadt G. Criteria for diagnosing reversible dementia caused by depression: Validation by 2-year follow-up. *British Journal of Psychiatry* 1984;144:488-92.
27. Forsell Y, Jorm AF, Fratiglioni L, Grut M, Winblad B. Application of DSM-III-R criteria for major depressive episode to elderly subjects with and without dementia. *Am J Psychiatry* 1993;150:8 1199-201.
28. Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kalayamb, Kakuma T, Gabrielle M, Sirey JO, Hull J. Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:285-90.
29. Menza MA, Liberatore BL. Psychiatry in the geriatric neurology practice. *Neurology Clinics Of North America* Volume 16, Number 3, August 1998.
30. Copeland JRM, Davidson IA, Dewey ME, Gilmore C, Larkin BA, McWilliam C, Saunders PA, Scott A, Sharma V, Sullivan C. Alzheimer's disease, other dementias, depression and pseudo-dementia: prevalence, incidence and three-year outcome in Liverpool. *British Journal of Psychiatry* 1992;161: 230-69.
31. Blazer DG. Dystymia in community and clinical samples of older adults. *Am J Psychiatry* 1994;141.1567-1469.
32. Migriorelli R, Teson A, Sabe L, Petracchi M, Leiguarda R, Starkstein SE. Prevalance and correlates of dysthymia and major depression among patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1995;152:37-44.
33. Emery VO, Oxman TE. Update on the dementia spectrum of depression. *Am J Psychiatry* 1992;149:305-17.
34. Andreasen NC, Swayz VII, Flaum M, Alliger R, Cohen G. Ventricular abnormality in affective disorder: clinical and demographic correlates. *Am J Psychiatry* 1990;147:893-900.
35. Kales HC, Blow FC, Copeland LA, Bingham RC, Kammerer EE, Mellow AM. Health care utilization by older patients with coexisting dementia and depression. *Am J Psychiatry* 1999;156:550-6.
36. Yaffe K, Blackwell T, Gore R, Sands L, Reus V, Browner WS. Depressive symptoms and decline in nondemented elderly women. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56:425-30.
37. Nahas Z, Kunik EM, Orongo CA, Molinari V, Workman R. Depression in male geropsychiatric inpatients with and without dementia:a naturalistic study. *Journal of Affective Disorders* 1997;46:243-6.
38. Davangere P, Devanand DP, Nelson JC. Concurrent depression and dementia: Implications for diagnosis and treatment. *J Clin Psychiatry* 1985;46:389-92.
39. Liston EH. Diagnostic delay in presenile dementia. *J Clin Psychiatry* 1978;39:599-603.
40. Gaspar D. Analysis of outcome of 230 consecutive referrals to a psychiatric-hospital dementia service. *The Lancet* 1980; June 28:1402-5.
41. Fratiglioni L, Grut M, Forsell Y, Vitonen M, Grasfröm M, Holmen K, Ericsson K, Backman L, Ahlbom A, Winblad B. Prevalance of Alzheimer's disease and other dementias in an elderly urban population: Relationship with age, sex and education. *Neurology* 1991;41:1886-92.
42. Geerlings MI, Schoevers RA, Beekman ATF, Jonker C, Deeg DJH, Schmand B, Adér HJ, Bouter LM, Van Tilburg W. Depression and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. *British Journal of Psychiatry* 2000;176:568-75.
43. Reynolds III CF, Hoch CC, Kupfer DJ, Buysse DJ, Houck PR, Stack JA, Campbell DW. Bedside differentiation of depressive pseudodementia from dementia. *Am J Psychiatry* 1988;145:1099-103.
44. Rashti DJ, Kunik ME, Molinari V, Orongo CA, Workman R. Agitation in dementia of the Alzheimer's type in a geropsychiatric inpatient unit. *Clin Gerontol* 1996;16:57-62.
45. O'Conner DW, Politt PA, Roth M. Coexisting depression and dementia in a community survey of the elderly. *Int Psychogeriatrics* 1990;12:45-53.
46. Hinrichsen GA. Recovery and relapse from major depressive disorder in the elderly. *Am J Psychiatry* 1992;149:1575-9.
47. Güz H, Çolak E, Ay M ve ark. Demansı olan ve olmayan yaşlı hastalarda psikiyatrik belirtiler.10. Anadolu Psikiyatri Günleri Özet Kitapçığı.2001
48. Geerlings MI, Schoevers RA, Beekman ATF, Jonker C, Deeg DJH, Schmand B, Ader HJ, Bouter LM, Van Tilburg W. Depressin and risk of cognitive decline and Alzheimer's disease. *British J Psychiatry* 2000;176:568-75.

49. Zubenco GS, Moosy J. Major depression in primary dementia. *Arch Neurolo* 1988;5:1182-6.
50. Nemeroff CB, Knight DL, Krishnon KR. Marked reduction in the number of platelet-three treated imipramine binding sites geriatric depression. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:919.
51. Starkstein SE, Sabe L, Vazquez S, Teson A, Petracca G, Chmeriski E, DiLorenzo G, Leiguarda R. Neuropsychological, psychiatric, and cerebral blood flow findings in vascular dementia and Alzheimer's disease. *Stroke* 1996;27:408-14.
52. Krishnan KRR, Hays JC, Blazer DG. MRI- defined vascular depression. *Am J Psychiatry* 1997;154:497-500.
53. Coffey CE, Figiel GS, Djang WT, Weiner RD. Subcortical hyperintensity on magnetic resonance imaging: A comparison of normal and depressed elderly subjects. *Am J Psychiatry* 1990;147:187-9.
54. Yaffe K, Haan M, Byers A, Tangen C, Kuller L. Estrogen use, APOE, and cognitive decline. Evidence of gene-environment interaction. *Neurology* 2000;54:1949-53.
55. Tuma TA. Outcome of hospital-treated depression at 4.5 years. *British Journal of Psychiatry* 2000;176:224-8.
56. Barclay L, Almeida OP. Late-onset schizophrenia. *Current Opinion in Neurology* 2000;13:423-7.
57. Copeland JR, Dewey ME, Scott A. Schizophrenia and delusional disorder in older age. Community prevalence, incidence, comorbidity and outcome. *Schizophr Bull* 1998;24:153-61.
58. Webster J, Grossberg GT. Late-life onset of psychotic symptoms. *J Geriatr Psychiatry* 1998;6:196-202.
59. Prohit DP, Perl DP, Haroutanian V. Alzheimer disease and related neurodegenerative diseases in elderly patients with schizophrenia a post mortem neuropathologic study of 100 cases. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:205-11.
60. Brodaty H, Sachdev P, Rose N. Schizophrenia with onset after age 50 years. I: Phenomenology and risk factors. *Br J Psychiatry* 1999;175:410-5.
61. Jeste DV, Lacro JP, Palmer B. Incidence of tardive dyskinesia in early stage of low-dose treatment with typical neuroleptics in older patients. *Am J Psychiatry* 1999;156:309-11.
62. Jenicke MA. Tardive dyskinesia: Special risk in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1983;31:71-3.
63. Van Balkom AJLM, Beekman ATF, de Beurs E, Deeg DJH, van Dyck, van Tilburg W. Comorbidity of the anxiety disorders in a community-based older population in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 2000;101:37-45.
64. Regier DA, Narrow WE, Rae D. The epidemiology of anxiety disorders: the Epidemiologic Catchment Area (ECA) experience. *J Psychiatr Res* 1990;24 (supp,2):3-14.
65. Lenze EJ, Mulsant BH, Shear MK, Schulberg HC, Dew MA, Begley AE, Pollack BG, Reynolds III CF. Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *Am J Psychiatry* 2000;157:722-8.
66. Beekman ATF, Bremmer MA, Deeg DJH. Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Int Geriatr Psychiatry* 1998;13:717-27.
67. Wands K, Merskey H, Hachinski VC, Fisman M, Fox H, Bonifero M. A questionnaire investigation of anxiety and depression in early dementia. *J Am Geriatr Soc* 1990;38:535-8.
68. Lidesay J, Briggs K, Muphy E. The guy/age concern surveys: prevalence rates of cognitive impairment, depression and anxiety in an urban elderly community. *Br J Psychiatry* 1989;155:169-74.
69. Manela M, Katona C, Livingston G. How common are the anxiety disorders in old age? *Int J Geriatr Psychiatry* 1996;11:65-70.
70. Johnson J, Weismann MM, Klerman GL. Panic disorder, comorbidity and suicide attempts. *Arch Gen Psychiatry* 1990;47:805-8.
71. Andrade L, Eaton WW, Chilchot H. Lifetime comorbidity of panic attacks and major depression in a population-based study. *Br J Psychiatry* 1994;165:363-9.
72. Krystal JH, Leaf PJ, Bruce ML, Charney D. Effect of age and alcoholism on the prevalence of panic disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1992;85:77-82.
73. Penninx BWJH, Beekman ATF, Ormel J. Psychological status among elderly people with chronic disease: does type of disease play a part? *J Psychosom Res* 1996;40:521-34.
74. Flint AJ. Epidemiology and comorbidity of anxiety disorders in elderly. *Am J Psychiatry* 1994;151:640-9.
75. Pearlson GD, Ross CA, Lohr WD, Rovner BW, Chase GA, Folstein MF. Association between family history of affective disorder and depressive syndrome of Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry* 1990;147:452-6.
76. Yüksel N: Psikofarmakoloji. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi 1997:333-48.
77. Bernstein JG: Handbook of Drug Therapy in Psychiatry Part II 1995:441-9.
78. Preskorn SH. Recent pharmacologic advances in antidepressant therapy for the elderly. *Am J Med* 1993;94 (5A):2S-12S.
79. Balon R, Yeragani VK, Pohl R. Sexual dysfunction during antidepressant treatment. *J Clin Psychiatry* 1993;54:209-12.

Geliş Tarihi: 20.07.2001

Yazışma Adresi: Dr.Hatice GÜZ
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Psikiyatri AD, SAMSUN
haticeguz@turk.net