

# GERİATRİK PSİKİYATRİ'DE EN SIK KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE TEMEL YAKLAŞIM İLKELERİ\*

BASIC PRINCIPLES IN THE EVALUATION OF THE MOST COMMON CLINICAL PROBLEMS IN GERIATRIC PSYCHIATRY

Turan Ertan<sup>1</sup>

## Özet

Demans, deliryum ve depresyon geriatrik psikiyatri pratiğinin en sık karşılaşılan sorunlarını oluşturmaktadır. Yaşlı nüfusun genel nüfus içindeki oranının artmakta olduğu da göz önüne alınırsa bu sorunlara sahip hastalarla daha sık karşılaşılabileceği söylenebilir. Bu tablolar klinik tanı zorlukları ve zamanında alınacak önlemlerle hayat kurtarıcı yaklaşımların gerçekleştirilebilmesi açısından birinci basamak sağlık hizmetleri açısından da çok büyük öneme sahiptir. Belirli bir yaklaşım içinde, bazı temel bilgilere sahip olarak yaklaşıldığında bu tür hastalara sanıldığından daha fazla yardım, uzmanlaşmış merkezlere gereksinim kalmadan yapılabilecektir. Bu yazıda üç tablonun aile hekimliği pratiğinde yararlı olabilecek yaklaşım ve temel tedavi prensipleri özetlenmeye çalışılmıştır.

**Anahtar sözcükler:** Demans, deliryum, depresyon, yaşlı

## Summary

*Dementia, delirium and depression are the most common problems in geriatric psychiatry practice. Concerning the increase of the proportion of the elderly in the general population, one can predict that patients with this kind of problems will be more commonly encountered by physicians. Due to difficulties in diagnosis, but also possibilities of life saving approaches in the evaluation, first contact in family practice with these patients is very important. It is usually possible to help these patients in family practice without referring them to more experienced centres. In this paper, general principles in evaluation and therapy of these conditions which could be useful in family practice are summarised.*

**Key words:** Dementia, delirium, depression, elderly

Demansiyel sendromlar ve depresyon geriatrik psikiyatri pratiğinin en sık karşılaşılan iki alanını oluşturmaktadır. Bilindiği gibi yaş arttıkça demans sıklığı artmaktadır. 65 yaş üzerindeki toplumda demans insidansı %1, prevalansı ise ağır demans için %1.3-6.2 hafif demans için ise %2.6-20 arasındadır. 80 yaş üzerindeki bir kişinin demansa yakalanma riski ise %20 civarındadır.<sup>1</sup> Majör depresyon ise, ülkeden ülkeye değişik değerler bildirilmekle birlikte, yaşlı toplumda genel olarak kabul edilen oranıyla %1-5 dolayında bir prevalansa sahiptir.<sup>2</sup> Türkiye'de de %5.9 ve %29 gibi oranlar bildirilmiştir.<sup>3,4</sup> Deliryum da her ne kadar psikiyatri pratiğinin ön plandaki tablolarından biri olmasa da ileri yaş grubundaki yüksek görülme sıklığı nedeniyle geriat-

rik psikiyatristlerin sıkça karşılaştığı bir durumdur. Hastanelerde 65 yaş üzerindeki hastalarda deliryum %15-30 sıklığındadır.<sup>5</sup> Ülkemizde şu an için geriatrik psikiyatri alanında faaliyet gösteren tek kuruluş olan İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Geropsikiyatri Bilim Dalı yataklı servisinde Kasım 1994 - Kasım 1997 tarihleri arasında yatarak tedavi görmüş hastaların taburcu olma sırasındaki tanılarının dağılımı incelendiğinde, %37.2'sinin demans, %35.2'sinin ise majör depresyon tanısı aldığını görmekteyiz. Bu grubun %2.2'sini ise deliryum vakaları oluşturmaktadır.<sup>6</sup>

Bu yazıda yukarıda görülme sıklıkları nedeniyle önem taşıyan demans, depresyon ve deliryumun klinik tanı ve tedavisinde aile hekimliği pratiğine ışık tutacağını umduğum bazı temel ilkeleri özetlemeye çalışacağım.

\* Haseki Hastanesi Aile Hekimliği Seminerleri çerçevesinde kısmen sunulmuştur. Şubat 1998, İstanbul.

<sup>1)</sup> İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Geropsikiyatri Bilim Dalı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

## Demans

Kelime anlamı olarak aklın yitirilmesini (de-mentia) ifade eden demans günümüzdeki bilimsel tanımı ile “nonspesifik organik nedene bağlı, sonradan edinilmiş entellektüel yıkım” halidir. Bu tanımda ön plana çıkan kavramlar tablonun organik nedene bağlı olması (yani depresyon başta olmak üzere bazı fonksiyonel psikiyatrik tabloların bir parçası olmaması) ayrıca premorbid dönemde hastanın entellektüel kapasitesinin eğitimi ile uyumlu olması ve hastalık sonucunda yıkıma uğramasıdır. Önemli diğer nokta da organik nedenin spesifik olmamasıdır. Zira kesinleştirilmiş herhangi bir organik sürecin içinde gelişen demansiyel tablolara sekonder demanslar adını vermekteyiz.

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin tanı sınıflandırması DSM-IV'de demans başlıca 13 başlık altında toplanmaktadır (Tablo 1).<sup>7</sup>

**Tablo 1**

*DSM IV'e göre demansiyel sendromlar sınıflaması*



Genel olarak bilindiği gibi tüm demansların %50 kadarı Alzheimer tipi demanstır. Vasküler demans ise kabaca %15-20'sini oluşturmaktadır.<sup>8</sup> Alzheimer tipi demans tanısı prensip olarak henüz bir klinik tanı düzeyinde kalmakta olup mevcut demansiyel tablonun klinik özelliklerinin değerlendirilmesi ve olası tüm nedenlerinin araştırılıp saptanamaması halinde varılan bir tanıdır. Vasküler demans tanısı ise görüntüleme yöntemleri ile serebrovasküler olaylara bağlı lezyonların kesin olarak saptanmasını şart koşar. Tıbbi nedene bağlı demanslar içinde en başta tiroid fonksiyon bozuklukları, B<sub>12</sub> vitamini ve folat eksikliği, elektrolit denge bozuklukları, ağır kronik anemiler gelmektedir. Tablo 2'de demansiyel tablolara yol açabilecek spesifik tıbbi hastalıklar özetlenmiştir. Demans tiplerinin klinik özellikleri ve ayırıcı tanısı başlı başına geniş içerikli bir konu olduğundan, ayırıcı tanı ile ilgili temel bilgileri içeren bir tablo vermekle birlikte (Tablo 3), bu yazıda aile hekimlerini yönlendireci olması amacıyla, sadece bir demanslı hasta ile karşılaşıldığında yürütülmesi gereken stratejiyi özetlemekle yetineceğim.

Bir demanslı hasta ile karşılaşıldığında öncelikle yapılması gereken hasta yakınlarından ayrıntılı bir anamnez alınmasıdır. Burada önem verilmesi gereken noktalar hastalığın başlangıç şekli, yani ani mi yoksa sinsi bir seyirle mi başladığı, seyrinin nasıl olduğu, mevcut bir medikal hastalığı ya da kafa travması gibi bir olayı izleyip izlemediğinin saptanmasıdır. Ayrıca hastalığın hastanın yaşamında ne gibi fonksiyon kayıplarına yol açtığı netleştirilmesi gerekir. Yakınma ve anamnez bilgisi açısından demans ön tanısına varıldıktan sonra ikinci aşamada yapılması gereken entellektüel yıkımın klinik ve test materyalleri yardımıyla tespitidir. Bu amaçla en sık kullanılan pratik test Kısa Mental Durum Muayenesi'dir (KMDM).<sup>9</sup> Bu test aracılığı ile 10 dakika gibi kısa bir sürede hastanın kognitif fonksiyonları çeşitli alanlarını tarayan 11 soru yardımı ile kabaca değerlendirilebilir. Bu aşamada önemli bir nokta, pratik olmakla birlikte, özünde oldukça kaba bir kognitif değerlendirme testi olan KMDM'nin, bu özelliği nedeniyle, özellikle erken dönemde olan demans tablolarında ve yüksek eğitimli kişilerde hafif düzeydeki yıkımı saptamakta yetersiz kalabilmesidir. Kliniğin şüphe getirdiği ancak bu test ile yıkım tespit edilemeyen vakalarda mutlak bu alanda deneyimli bir klinisyenin hastayı ileri tekniklerle değerlendirmesi gereklidir. Kognitif yıkımın saptanmasından sonra geçilmesi gereken aşama da demans ile depresyon başta

**Tablo 2**

*Demansiyel sendromlara yol açabilecek tıbbi hastalıklar*

Dejeneratif	Metabolik
Alzheimer hastalığı (erken ve geç başlangıçlı)	Hipotiroidizm
Parkinson hastalığı	Tekrarlayan hipoglisemi
Pick hastalığı	B <sub>12</sub> , folik asit yetersizliği
Huntington koresi	Postanoksik ensefalopati
<b>Vasküler</b>	Kronik hepatik, portal-sistemik şant ensefalopati
Multi infarkt demans	Wilson hastalığı
Karotis dağılımlı	Üremi
Vertebrobaziler dağılımlı	Karsinomaların nonmetastatik etkisi
Laküner	
Stratejik yerleşimli geniş lezyonlar	
Vasküler inflamatuvar hastalıklar (SLE, periarteritis vb.)	
<b>Toksik</b>	<b>Mekanik</b>
Alkolik serebral atrofi	Travmatik serebral atrofi
Kronik bromid, barbiturat intoksikasyonu	Hidrosefali
Metal intoksikasyonları (Kurşun, civa, mangan)	
Organik maddeler (organofosfatlar vb)	
Karbonmonoksit	
<b>Neoplastik</b>	
Meningioma	
Glioma	
Hipofiz tümörü	
Metastatik tümörler	

**Tablo 3***Bazı demans tiplerinin önemli klinik ve inceleme yöntem özellikleri*

Alzheimer hastalığı	Klinik özellikler	Önemli laboratuvar incelemeleri	Yorumlama
Alzheimer hastalığı	Sinsi başlangıç Progresif seyir Apraksi, afazi		Klinik seyir ve dişlama ile tanı
Vasküler demans	Ani başlangıç Merdivenvari gidiş İnme öyküsü Fokal nörolojik belirtiler	Kranyal MRI	Klinik seyir MRI bulguları
Alkol demansı	Yakın amnezi Konfabülasyonlar	Karaciğer ve nörolojik inceleme bulguları	
Subkortikal demanslar (Parkinson ve Huntington H.)	Ekstrapiramidal belirtiler Yavaşlama tarzında klinik tablo		
Normal basınçlı hidrosefali	Konuşmanın ileri aşamaya kadar korunması		
Endokrin bozukluklar	Ataksi, üriner inkontinans	BBT, MRI	Shunt yararlı olabilir
Metabolik bozukluklar	Endokrin bozukluğa bağlı klinik belirtiler Deliryum ile başlar	T <sub>3</sub> , T <sub>4</sub> , TSH, Kortizol vb.	Erken tanı seyri durdurabilir Erken tanı seyri durdurabilir

olmak üzere psikoz gibi fonksiyonel bazı psikiyatrik bozuklukların ve deliryumun ayırıcı tanısının yapılmasıdır. Zira bu durumlar bazen demans ile karışacak klinik özellikler taşıyabilirler. Bundan sonra sıra etiyolojik araştırmaya gelir. Burada ayrıntılı bir nörolojik muayene (özellikle geçirilmiş SVH, Parkinsonizm ve diğer ekstrapiramidal semptomların saptanması açısından) çok önemlidir. Gerekli laboratuvar incelemeleri, metabolik ve enfeksiyöz nedenlerin araştırılması, kranyal MRI tetkiki (özellikle serebral infarktların ve sessiz yer kaplayan lez-

**Tablo 4***Deliryum, demans ve fonksiyonel psikiyatrik bozuklukların klinik ayrımı*

Klinik özellik	Deliryum	Demans	Fonksiyonel bozukluklar
Başlangıç	akut	kronik	akut-subakut
Süre	kısa (4-7 gün)	kronik	günler-haftalar
Günlük seyir	fluktuasyon	sabit	genelde sabit
Uyarılma	primer bozukluk	sağlam	sağlam
Dikkat konsantrasyon	primer bozukluk	genellikle sağlam	genellikle sağlam sekonder bozulma
Kognitif fonksiyonlar	sekonder, global, diffüz bozulma	primer hafıza bozukluğu	genellikle sağlam
Düşünce ve algı	<i>hezeyanlar:</i> geçici, sistemsiz <i>halüsinasyonlar:</i> görsel, işitsel, taktil	<i>hezeyanlar:</i> fakir basit <i>halüsinasyonlar:</i> görsel, işitsel, taktil	<i>hezeyanlar:</i> sistemli, kompleks <i>halüsinasyonlar:</i> işitsel
Fiziksel hastalık	var	ön planda değil	ilişkili değil

yonların tespiti açısından) ve EEG (özellikle deliryum, hepatik ensefalopati gibi tablolarda değerli bulgular vermesi nedeniyle) rutin olarak yapılmalıdır. Tüm bu incelemelerin sonucunda demansın varlığı ve tipi üzerine bir karara varıldıktan sonraki aşama hastalığın neden olabileceği bazı psikiyatrik komplikasyonların (çeşitli hezeyanlar, halüsinasyonlar, davranış ve uyku bozuklukları, depresyon vb) saptanmasıdır.

Tedavi planlamasında ise belli başlı üç alan mevcuttur. Bunlardan ilki psikososyal ve davranışsal bazı önlemlerin alınması ve yönlendirilmelerin yapılmasıdır. Sadece bu kadarı dahi hasta ve ailenin birçok sorununun giderilmesinde yeterli olmaktadır. Bunlar içinde en başta geleni ailenin hastalık hakkında bilgilendirilmesi ve doğal sonuçları üzerine aydınlatılmasıdır. Örneğin en basit öneri olarak sürekli söylenenleri ya da etrafında olup bitenleri unutan bir hastaya hatırlatmasını kolaylaştırmak amacıyla zorlamalardan kaçınılması söylenmelidir. Zira aksi durumda hastanın anksiyetesi artacak ve sorunlar çoğalacaktır. Bir diğer basit öneri de eşya ve parasını sürekli bıraktığı yeri unuttuğundan kaybedip etrafındakileri hırsızlıkla suçlayan bir hastaya sinirlenmenin hiçbir yararının olmayacağı, tersine hastanın hezeyanlarını arttıracığının açıklanmasıdır. Böyle bir durumda hastanın söz konusu eşyaları saklaması olası yerlerin saptanarak böyle bir durumda önce oralara bakılması ya da bir yedeğinin bulundurulup yerine konarak hastanın rahatlatılması çok daha yararlı ve sorun azaltıcı bir tutum olacaktır. Bu tür çevresel önlemlerle gereğinden fazla dozda psikotrop ilaç verilmesinden kaçınmak mümkün olabilir. İkinci alan ise hastalığın saptanan etiyolojisine yönelik medikasyonların yapılmasıdır. Metabolik dengelerin düzeltilmesi, özellikle vasküler demansda hipertansiyon ataklarının önlenmesi, serebral perfüzyonun artırılmasına yönelik önlemler (aspirin 300 mg/gün, pirasetam 2400-4800 mg/gün, ginkgo glikozidleri 28.8 mg/gün) yararlı olabilir. Son bir yıl içinde gündeme gelen asetilkolin esteraz inhibitörleri (örneğin donepezil 5-10 mg/gün) Alzheimer hastalığının etiyopatogenezinde en önemli rolü oynadığı düşünülen serebral asetilkolin düzeyinde düşmenin önlenmesi ve dolayısıyla hastalığın seyrinin yavaşlatılması açısından umut vaatmektedir. Demansiyel hastalara medikal yardım yapılması gereken bir diğer alan da bu hastalıklarda ortaya çıkan psikiyatrik komplikasyonların tedavisidir. Günümüz pratiğinde de demansiyel hastaların hekime gelmelerinde, daha doğrusu getirilmelerinde en sık rol oynayan nedenler psikiyatrik komplikasyonlardır. Hastalar nadiren hafıza yitimi nedeniyle başvurmaktadır. Zira toplumumuzda bunama halen yaşlılığın doğal bir sonucu gibi görülmektedir. Demansda görülen en sık psikiyatrik komplikasyonlar eşya ve paraların çalınması şeklinde yorumlama bozuklukları, kıskançlık hezeyanları, depresyon, anksiyete, ajitasyon, öfke kontrol sorunları, görsel halüsinasyonlar, insomni ya da diüurnal ritm bozukluklarıdır. Bu sorunların

tedavisi gerçekte nondemansiyel hastalara olan yaklaşımdan çok da farklı değildir. Bu açıdan dikkat edilmesi gereken en önemli nokta hastaların yaşı nedeniyle kullanılacak ilaç dozlarının düşük tutulması ve “düşük dozla başla, yavaş git” deyimini ile özetlenen yavaş doz yükseltimidir. Örneğin hezeyanlar ve ajitasyonlar için en sık kullanılan ilaçlar haloperidol ve züklopentiksol olup günlük 1-2 mg gibi dozlar yeterli olabilmektedir. Yine depresyonun eşlik ettiği tablolarda antidepresanlar düşük dozlarda denenmeli yeterli olmazsa arttırılmalıdır. Bu iki ilaç grubu açısından dikkat edilmesi gereken nokta ise antikolinergik etkisi olan antidepresanların (örn: trisiklik antidepresanlar) ve gençlerdekinin tersine nöroleptiklere ek olarak antikolinergik yan tedavilerin (örn: biperiden) bu hastalara uygulanmaması gerektiğidir. Yaşa ve hastalığın doğasına bağlı olarak kolinerjik rezervi düşük olan hastaya bir antikolinergik etkili ilacın verilmesi antikolinergik deliryum ile komplike olmasına yol açacaktır. Başta alprazolam gibi kısa etkili ilaçlar üzere benzodiazepinler de, bu hastalarda gerek anksiyetenin giderilmesi gerekse uyku indüksiyonu açısından oldukça geniş kullanımı olan ilaç grubudur. Bugün için ülkemizde bulunan alprazolam, diazepam ve klonazepam bu hastalarda kognitif fonksiyonları geriletici özellikleri nedeniyle dikkatli olmak koşulu ile zorunlu durumlarda kullanılabilir. Zopiklon da uyku indüksiyonu açısından başarıyla kullanılmaktadır.

## Deliryum

Deliryum özellikle çok yaşlı ve demanslı hastalarda sık görülmesi nedeniyle geriatrik psikiyatrinin başta konsültasyon hizmetleri açısından önemli bir uğraşı alanıdır. Bugünkü bilimsel tanımlama ile deliryum “akut konfüzyonel durum” adı ile anılmaktadır. Bu tablo akut organik beyin sendromu, akut konfüzyon, ensefalopati, akut beyin yetersizliği ve hatta toksik psikoz terimleri ile tanımlanmaktaydı. Ancak bu terimler günümüzde terkedilmiştir. Klinik tanım olarak deliryum, psikomotor davranış ve uyku-uyanıklık döngüsünün bozulduğu geçici global kognisyon ve dikkat bozukluğu olarak ifade edilebilir. Yukarıda belirtildiği gibi deliryumun genel hastane popülasyonundaki sıklığı %30'lara varabilmektedir.<sup>5</sup> DSM IV'e göre deliryum tanısı koyabilmek için, hastada dikkat ve bilincin bozuk olması, kognitif fonksiyonların (hafıza, oryantasyon, konuşma ve algı) bozulması, tablonun saatler günler gibi kısa bir sürede gelişmiş olması ve flüktüasyon göstermesi ve hastada söz konusu tablonun ilişkilendirilebileceği bir medikal sorunun var olması gerekmektedir. Hastalığın kliniğinde temel semptomlar bilinç ve dikkatin bozulmuş olması, hafıza, oryantasyon, konuşma ve algı bozukluklarının bulunması ve genellikle bu semptomların akşam güneş batımı saatlerinde kötüleşmesidir. Ek semptom olarak bu hastalarda düşünce bo-

zuklukları (hafif teğetsel düşünce içeriğinden dezorganizasyon düşünceye kadar değişebilir), psikomotor hiper ya da hipoaktivite, uyku döngüsünde bozukluklar, duygudurum değişiklikleri (iritabilite, disfori, anksiyete, öfori) ve nörolojik disfonksiyonlar (otonom disfonksiyonlar, miyoklonik jerkler, dizartri vb) görülebilir. Laboratuvar incelemeleri açısından en sık görülen bulgu EEG'de yaygın yavaşlamadır. Deliryum tablosunun pratikteki en büyük önemi bir hastalığın ön belirtisi (hepatik ensefalopati, böbrek yetersizliği gibi) olabilmesi ve zamanında tanındığında ve doğru yaklaşıldığında hastanın hayatını tehdit eden bir medikal sorunun ortaya çıkarılabilesidir. Deliryum patofizyolojisinde retiküler aktive edici sistem disfonksiyonu sonucunda aşırı uyarılma halinin oluşması ve özellikle bazal ön beyin ve ponsda kolinerjik disfonksiyon en çok kabul görmüş iki mekanizmadır. Ancak bu açıdan elimizde henüz kesinleşmiş bilgiler bulunmamaktadır. Etiyolojisinde en sık karşılaşılan nedenler metabolik (hipoksi, elektrolit denge bozukluğu vb) madde kullanımı (alkol kesilmesi, antikolinergik deliryumu vs.) travma (kişinin geçmişinde kafa travması varsa risk artmaktadır), çevresel etkenler (bilateral katarakt örneğinde olduğu gibi uyarı azlığı, ya da yoğun bakım ünitelerinde olduğu gibi uyarı fazlalığı), infeksiyonlar, yer kaplayan subaral lezyonlar, epilepsi nöbetleri, yüksek ateş, başta ti-amin olmak üzere vitamin eksiklikleri ve CO, ağır metaller gibi toksik etmenlerdir. Deliryum sıklıkla demans ya da fonksiyonel psikiyatrik bozukluklarla karışabilmektedir. Ancak bu tablolar arasında hekimin deneyim kazandıkça net olarak ayırt edebildiği farklılıklar bulunmaktadır. Bu özellikler Tablo 4'de özetlenmiştir.

Deliryum tedavisinde temel yaklaşım doğal olarak tablonun altında yatan medikal sorunun araştırılması ve tedavisidir. Ancak bu yapılan kadar yerine getirilecek bazı önlem ve yaklaşımların hasta için hayati önemi vardır. Bunların başında çevresel önlemler gelmektedir. Hastanın hiperaktif ya da hipoaktif oluşuna göre dış uyaranların ayarlanması gereklidir. Hiperaktif yani ajite huzursuz bir hasta için sessiz, az aydınlatılmış bir ortam yaratılmalı, hipoaktif hastalar için ise bunun tersine ortamda iyi bir aydınlatma, televizyon gibi sürekli bir ses kaynağı bulunmalıdır. Hastaya işitme cihazı, gözlük gibi duyu almada yardımcı cihazlar sağlanmalıdır. Mekanın hastayı tarih, ve mekan oryantasyonu açısından yönlendirecek duvar yazıları bulunmalıdır. Hasta ile komplike emirlerle değil kısa basit cümlelerle iletişim kurulmalıdır. Zorunlu hallerde hastanın kendisine ve çevresine zarar vermesini önlemek amacıyla bağlayarak tespit etme yöntemine başvurulabilir. Haloperidol günümüzde semptomların kontrol altına alınmasında en sık kullanılan ilaçtır. Oral, İM ve İV olarak saat başı 2.5 mg dozunda hasta kontrol altına alınana dek tekrarlanabilir. Ayrıca lorazepam da 0.5-2 mg dozunda ek olarak oral, İM ve İV yollarla uygulanabilir.

## Yaşlıda Depresyon

İleri yaşta en sık görülen fonksiyonel psikiyatrik bozukluk olan depresyon, gerek tanı gerekse tedavi prensipleri açısından yaşlıda gençlerdekine göre bazı farklılık ve özellikler göstermektedir. Yaşlılık döneminde ortaya çıkan depresyon bu dönemin bazı özelliklerine bağlı olarak heterojen bir nitelik taşımaktadır. Yaşlılık dönemi bireyin bazı fizyolojik değişimleri yaşadığı, yeti kayıplarının sık olduğu, eş, kardeş, yaşlıların kaybı gibi emosyonel ve emeklilik gibi ekonomik kayıpların görüldüğü bir dönemdir. Bireyin yaşamının bu döneminde yaşam biçiminde değişiklikler, toplumsal statüsünde kayıplar ve çoğu kez buna bağlı benlik saygısında ve öz güveninde azalma görülmektedir. Depresyona yol açan bazı spesifik hastalıklar da (tiroid fonksiyon bozuklukları, pankreas kanseri, SVH vb) ileri yaşta sıkça görülmektedir. Yine yaşlı çeşitli sağlık sorunları nedeniyle polifarmasi altında olup sıklıkla direkt etkisi ile depresyona yol açabilecek ilaçlar (reserpin, metildopa, propranolol, digitalis, simetidin, steroidler, östrojenler, benzodiazepinler) kullanabilmektedir. Yine yaşlıda, depresyon reversibl kongitif kayıp adı ile anılan demans benzeri kognitif yıkıma yol açan, klinikte demans ile karışabilecek bir tabloya da yol açabilir. Yaşlılık depresyonunda somatik semptomlar ve anksiyete gençlere göre daha sık görülmektedir, psikotik semptomlar da daha sıktır. Antikolinergik antidepresanların yaşlılarda kullanılmamasının dışında temelde yaşlılarda tedavi prensipleri gençlere benzer. Her ne kadar yaşa bağlı metabolik değişimlerin yol açtığı özellikler ve polifarmasi nedeniyle gençlere göre daha düşük ilaç dozları önerilse de, özellikle kronikleşmiş depresyonların bu yaş grubunda daha sık görülmesi nedeniyle bazen gençlerdekinden çok daha yüksek dozlarda ilaç kullanımı gerekmektedir. Selektif serotonin gerialım inhibitörleri (fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin, sitalopram vb) en sık kullanılan antidepresanlar olmakla birlikte, selektif MAO inhibitörleri (moklobemid), serotonin noradrenalin gerialım inhibitörleri (venlafaksin) ve son olarak da noradrenerjik spesifik serotoninergik antidepresanlar (NASSA) grubu da (mirtazapin) bu yaş grubunda özellikle yan etki emniyeti ve doz güvenliği açısından güven ve başarı ile kullanılabilir. Elektrokonyül-sif terapi de genel anestezi altında uygulandığında yete-

rince güvenli, özellikle psikotik depresyonlu hastalarda çoğu kez ilk tercih olabilecek kadar etkili bir yöntemdir.

## Sonuç

Demans, deliryum ve depresyon yaşlılık döneminde görülme sıklıkları ve ortak klinik özellikler sergileyebilmeleri, birbirleri ile karışabilmeleri nedeniyle ilk basamak sağlık hizmetleri ve geriatrik psikiyatri klinik pratiğinde önemli yer tutan tablolardır. Bu tablolar dikkatli bir yaklaşımla doğru olarak değerlendirilebilir ve özellikle deliryum başta olmak üzere zamanında doğru bir yaklaşımla hayat kurtarıcı önlemler almak mümkün olur. Ayrıca genel olarak inanılanın tersine bu tür hastalıklarda ilaç dışı bazı önlemler de oldukça yararlı olabilmektedir.

## Kaynaklar

1. **Sharma R, Gierl BL.** Dementia. *Psychiatry Diagnosis and Therapy*'de. Ed. Faherty JA, Davis JM, Janicak PG. 2. Baskı. Connecticut, Appleton and Lange, 1993; 235.
2. **Blazer DG.** Epidemiology of depression: prevalence and incidence. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*'de. Ed. Copeland JRM, Abou Saleh MT, Blazer DG. West Sussex, John Wiley and Sons, 1994; 520.
3. **Uçku R, Küey L.** The epidemiology of depression in an elderly population in Turkey: a cross-sectional field survey in a semi-urban area. 12. Dünya Sosyal Psikiyatri Kongresi, Kongre Kitabı, Hindistan, 1992.
4. **Bekaroğlu M, Uluutku N ve ark.** Depression in elderly population in Turkey. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84: 174-8.
5. **Lipowski ZJ.** Delirium. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*'de. Ed. Copeland JRM, Abou Saleh MT, Blazer DG. West Sussex, John Wiley and Sons, 1994; 258.
6. **Güngen C, Ertan T, Eker E.** Admissions to the first geriatric psychiatry unit in Turkey. *International Psychogeriatric Association and Turkish Society of Psychogeriatrics. Kongre Kitabı, İstanbul, 1998.*
7. **Frances A, Pincus HA, First MB.** *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM IV).* Washington, American Psychiatric Association, 1994; 133-56.
8. **Livingston G.** The scale of the problem. *Dementia*'da. Ed. Burns A, Levy R. Birinci baskı. London, Chapman Hall 1994; 31.
9. **Folstein MF, Folstein SE, Mc Hugh PR.** A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12: 189-98.

Geliş tarihi: 02. 03. 1998

Kabul tarihi: 17. 05. 1998

### İletişim adresi:

Uzm. Dr. Turan Ertan  
Kazım Silivri Sokak Villa Kent A5 D13  
Yeşilköy 34800 İSTANBUL  
Tel: (0212) 588 52 52  
(0212) 588 77 76