

Yaşlılık ve Psikiyatrik Hastalıklar

Işın BARAL KULAKSIZOĞLU

Istanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul

Türkiye’de de beklenen ortalama yaşam süresinin artmasıyla, yaşlı nüfus oranı da giderek artmaktadır ve önümüzdeki yıllarda bu artış daha da belirgin olacaktır. Ülkemizde 2000 yılında yaşlı nüfus oranı % 8.4 olmuştur. Dünya Sağlık Örgütü’nün (WHO) verilerine göre Türkiye en hızlı yaşlı nüfusu artan ülkeler içinde ilk üçtedir. Yaşlılık ve buna bağlı her türlü tıbbi, psikiyatrik ve sosyal sorun ileriki yıllarda artarak karşımıza çıkacaktır. Yaşlılıkta sık görülen psikiyatrik hastalıkları tanımak bu nedenle önemlidir.

Yaşlılıkta Duygudurum Bozuklukları

Depresif bozukluklar

WHO’ya göre 2020 yılında depresyon, getirdiği hastalık yükü, yaşam kalitesi ve sağlık üzerine olumsuz etkileri açısından başta gelen sağlık sorunu olacaktır. İleri yaşlarda da depresyon, hem düşük yaşam kalitesinin önemli nedenlerinden birisi hem de fiziksel hastalıklarla yakından ilişkili olup yaşlıların, ölüm olasılıkları ve morbiditesinde değişmelere neden olur. Ayrıca sağlık hizmetinin yanlış yönlendirilmesine ve gereksiz harcamaların artmasına yol açabilir.¹ Yaşlı nüfusun ortalama %10-15’ini etkileyen depresyonun, huzurevleri ve bakimevlerindeki sıklığı %25’e kadar çıkmaktadır.² Ayrıca DSM-IV’e³ göre major depresyon ölçütlerini doldurmayan, eşik altı ya da minör depresyon olarak adlandırılan belirtiler de yaşlı nüfusun üçte ya da dörtte birini etkiler.

Türkiye’de de yaşlılık depresyonu sıklığı ile ilgili çalışmalar yapılmaktadır.⁴ 70 yaş üstü 1018 kişide yapılan bir çalışmada yaşlılık depresyonu sıklığı %18 olarak bulunmuş; maalesef bu kişilerin sadece %8’inin antidepresan tedavi alabildiği de gözlenmiştir.⁵ Bu yaş grubu, organik ve fiziksel hastalıklar nedeniyle değişik nedenlerle sıkça sağlık kurumlarına başvurmaktadır. Türkiye’de psikiyatri kliniklerine başvuru sıklığı ile ilgili net bir bilgi bulunmamakla birlikte, yaşlı hastaların psikiyatrik sorunlarıyla genel pratisyen hekimler, aile hekimleri, iç hastalıkları uzmanları, nörologlar ve diğer hekimlerin karşısına çıktığı tahmin edilmektedir. Ancak pratisyen hekimlerin yaşlılık depresyonunu büyük oranda tanıyamadığı da gözlenmektedir. Bir çalışmada ise yaşlı depresif hastaların ancak %3-14’üne antidepresan ilaç reçete edildiği

gösterilmiştir.⁶ Buradaki sorun, hastalar ve hasta yakınlarının, hekimlerin ve bazen de psikiyatristlerin yaşlılık-taki ruhsal sorunları tanımadaki güçlükleridir. Çünkü durgunlaşma, ilgi ve istek kaybı, halsizlik, bitkinlik ve işe yaramazlık hissi veya unutkanlık yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak kabul edilebilir. Depresyonun kişinin kültür, eğitim, sosyal çevre ve kişilik özellikleri gibi çeşitli faktörlerden fazlası ile etkilendiğini bilinmektedir. İleri yaşın, bu faktörlerden biri olup depresyonun klinik özelliklerini, prognozunu ve tedavi sürecini etkilediği ileri sürülmektedir.^{1,7}

Major depresif epizod

DSM-IV’e göre major depresif epizod, depresif ya da iritabl duygudurumla karakterize, hemen tüm aktivitelere ilgi kaybı, zevk alamama ve şu belirtilerden en az beşinin eşlik ettiği klinik bir durumdur; konsantrasyon güçlüğü, letarji, uyku ve iştah bozuklukları, kendine güvende azalma, suçluluk ve değersizlik düşünceleri, psikomotor retardasyon ya da ajitasyon, enerji kaybı ve yineleyen ölüm düşünceleri. Fakat ciddi tıbbi sorunları olan ve bilişsel işlevleri bozulmuş olan hastaların depresyon tanısında sorun yaşanır. Ağır depresyonu, çoğul psikobiyolojik belirtileri ve belirgin depresif duygudurumu olan hastalarda depresyonun belirtileri ile fiziksel hastalığın belirtileri arasında ayırım yapmak zordur. Yaşlılardaki major depresyonda psikotik belirtilere de sık rastlanır. Hezeyanlar genellikle bedensel, kötülük görme, suçluluk, günahkarlık, yoksulluk, nihilistik ve kıskançlık temaları üzerinedir.^{8,9} Suçluluk düşünceleri, obsesif ruminasyonlar, ajitasyon ve referans fikirleri yaşlılardaki major depresyonda sık görülür. Algı bozuklukları, halüsinasyonlar da görülür; fakat diğer psikotik belirtilere göre daha seyrekler. İntihar fikirleri ileri yaşta görülen major depresyona eşlik edebilir; aktif girişimler kadar pasif intihar girişimi (hastaların yemek yemediği, ilaçlarını almadığı ve yaşamını riskine atacak davranışlarda bulunduğu durum) ile de sonuçlanabilir.

Minör Depresif Bozukluk

İleri yaşta eşik altı depresyon, major depresyona göre daha az öznel yakınma ve yeti yitimi ile giden, daha kısa süren, hafif şiddetteki bir formdur ki bu niceliksel bir

ayrım olur. Diğer taraftan eşik altı depresyon, niteliksel olarak atipik psikopatolojisi, farklı bir gidişi ve bileşenleri olan, hafif şiddette olması şart olmayan, intihar düşüncelerinin, suçluluk ve değersizlik hissinin daha az, fiziksel sağlığa yönelik yakınma, yorgunluk ve bitkinliğin daha fazla olduğu, yaşlılara ait bir formdur. Minör depresyon, fiziksel güçte belirgin azalmaya, yeti yitimi-ne, sağlık kurumlarına artan başvuruya neden olan ve major depresyon gelişimine neden olabilen önemli bir risk faktörüdür.^{10,11} Wells ve arkadaşları birinci basamak sağlık hizmetlerinde depresif belirtileri olan fakat major depresif epizod ve distimi ölçütlerini karşılamayan çok sayıda hasta olduğunu bildirmiştir.¹² Bu hastalar yaşam kalitesinde bozulma açısından, diyabeti ve hipertansiyonu olan hastalardan daha fazla işlevsellik kaybı ve yeti yitimi göstermektedirler. Yine minör depresyonu olan hastaların, yeti yitimine neden olan gün sayısı major depresyonlu hastalara göre daha fazla bulunmuştur. Yaşlı hastalarda eşik altı depresyonun, major depresyon, minör depresyon ve distimiden daha sık görüldüğünü, işlevsellik, yeti yitimi ve tıbbi eş tanı açısından major ve minör depresyondan farklı olmadığını bildirmiştir.^{12,13} Major depresyonun görülme sıklığı yaşla birlikte azalırken, minör depresyon sıklığı artar. Minör depresyon yaşlı hastalarda önemlidir. Çünkü neden olduğu bilişsel ve işlevsel alandaki kayıplar major depresyon ölçütlerini karşılayan hastalardaki kayıpla benzerdir.^{13,14}

Distimik bozukluk

DSM-IV ve ICD-10'da bir tanı kategorisi olarak yer alır. ICD-10'da inatçı duygudurum bozuklukları içinde yer alır. En az iki yıl süren kronik bir depresyondur. Distimi tanısı alan hastalar depresyon belirtilerini taşırlar; fakat daha hafif şiddettedir: iştah azalması, uykusuzluk, enerji azlığı, kendine güvenin azalması, dikkat ve konsantrasyon güçlüğü, umutsuzluk gibi.

Depresif belirtilerle giden uyum bozukluğu ve yas reaksiyonu

İleri yaştaki hastalar zamanla yaşamlarındaki pek çok değişikliğe uyum göstermek zorunda kalırlar. DSM-IV'e göre uyum bozukluğu tanısı, stres etkenlerinin başlangıcından sonraki 3 ay içinde, normalde beklenen reaksiyondan daha belirgin sıkıntının olduğu, işlevsellikte belirgin bozulmanın olduğu, depresif duygudurumla, anksiyete ya da davranım bozukluğu ile giden bir durumdur. Bu yaşta bu duruma yol açabilecek başlıca stresör faktörler, eşin ya da sevilen birinin kaybı, emeklilik, maddi sorunlar ve fiziksel hastalıklardır. Depresif uyum bozukluğu belirtileri, depresif duygudurum, ağlama ve ümitsizlik gibi belirtileri içerir. Tanım olarak uygunsuz ve aşırı tepki 6 aydan daha uzun sürmez; diğer tanımlar ve yas reaksiyonunun ölçütlerini karşılamaz.

Yas, sevilen birinin kaybıyla yoğun üzüntü duyma, sindirim sistemi sorunları, kilo kaybı ve uyku bozukluğu gibi depresif belirtilere benzeyen tepkiler görülmesidir. Belirtiler iki aydan fazla sürerse major depresyon araştırılmalıdır. Depresyon ilk iki ay içinde ağır seyrederse, psikomotor retardasyon belirginse, değersizlik ve intihar

düşünceleri varsa ve kişi daha önce de depresyon geçirmişse tedavi edilmelidir.¹⁵ Yaşlılarda eş kaybı sonrasında sık görülen bu durumun normal kabul edilmesi ve depresyonun atlanması fiziksel ve ruhsal sağlıkta bozulmaya, buna bağlı olarak da ölüm oranı artışına neden olur.^{14,15,16}

Zisook ve arkadaşları, eş kaybı olan yaşlıların yaklaşık %20'sinde kayıptan iki ay sonra major depresif epizod geliştiğini, bunların üçte birinde 1 yıl sonunda depresyonun kronikleştiğini saptamışlardır.¹⁷

Yaşlılıkta depresif bozukluklar için risk artırıcı faktörler aşağıda sıralanmıştır:^{18,19}

- Kadın cinsiyeti, erkekler için bekarlık
- Düşük eğitim ve gelir düzeyi, barınma ve beslenme şartları
- İleri yaş nedeniyle yaşanan kısıtlılık ve zorluklar (yolların ya da taşıtların uygun olmaması gibi)
- Tedavi ve ilaç konusunda yetersizlik
- Yeti yitimi ve kronik hastalık sahibi olmak
- Kronik ağrılı hastalıklar
- Olumsuz yaşam olayları (emeklilik veya kayıplar gibi)
- Sosyal destek sistemlerinde eksiklik
- Bilişsel bozukluğun varlığı: Yaşlı hastalarda Alzheimer Hastalığı, Parkinson hastalığı, multi-infarkt demans gibi nörodejeneratif hastalıkların sıklığında hızlı bir artış görülür. Bu hastalıklarla birlikte depresif belirti ve sendromların yüksek oranda görülmesi, bazen ortak etiyoloji, bazen de bu hastalıklara bağlı gelişen yeti yitimi ile ilişkili olabilmektedir.
- Biyolojik yakınlık yaratan hastalıklar: Genetik yakınlık, kayıplar, çoğul stresörler ilerleyen yaşla birlikte görülen biyolojik yakınlıkla etkileşir. Yaşlanmanın psikolojik etkileri, birtakım biyolojik değişiklikler de yaratabilir. Geç başlangıçlı depresyon daha çok yapısal beyin değişiklikleri ve serebrovasküler değişikliklerle ilişkili iken, erken başlangıçlı depresyon, ailesel ve genetik faktörlerle daha çok ilişkili görünmektedir.^{18,19} Yaşlılıkta artan hipertansiyon, diyabet gibi hastalıklarda hem biyolojik hem psikolojik zorlanmalara neden olup yaşlılık depresyonunu artırır.

Klinik özellikler: Depresyon, tek tip klinik görünümde olmayıp, çoğul biyopsikososyal faktörlerin klinik özellikleri etkilediği bir spektrum bozukluğudur. Var olan tanı ölçütleri ve terminoloji ileri yaş depresyonları için yetersiz kalmaktadır. Literatürde depresif psödodemans, depresyonun altta yattığı bedenselleştirme, depresyonun inkar edildiği maskeli depresyon, depresif nevroz, eşik altı depresyon gibi çok sayıda tanımlanan depresif sendromlar gösterilmiştir.

İleri yaşta görülen depresyonlar erken ve geç başlangıçlı olarak ayrılabilir. Bu iki grubun klinik özellikleri farklılıklar gösterebilir. Erken başlangıçlı depresyon, yaşlılıkta tekrar eder ve önceki epizodlara benzer belirtiler gösterebilir. Ailevi yakınlık, kayıplar, çoğul stresörler ilerleyen yaşla birlikte görülen biyolojik yakınlıklarla etkileşir. Geç başlangıçlı depresyonda ise erken başlangıçlı depres-

yona göre, daha fazla çevreye ilgi kaybı, psikotik bulgu, yaygın anksiyete belirtileri ve daha az patolojik suçluluk görülmektedir.^{20,21,22} Geç başlangıçlı yaşlılık depresyonu, belirgin depresif duygudurum olmadan atipik özelliklerle de seyredebilir. Yaşlılarda yaygın olarak görülen maskeli depresyonda da depresif duygudurum, üzüntü ve disfori inkar edilebilir. Yorgunluk, ağrı, sindirim sistemi sorunları, enerji azlığı önde gelen bedensel yakınmalar olup, depresif duygudurumu maskeler, belirli bir sendroma işaret etmeyen bedensel yakınmalar ile dahiliye kliniklerine başvuru olur.²³ Bu kişiler, depresif belirtilerini tıbbi hastalıklarına da atfederler. Uyku ve iştah bozuklukları, atipik ağrılar sosyal çekilme ve tıbbi tedavilere uymama durumunda depresyon araştırılmalıdır.

İntihar: Erkek cinsiyet ve ileri yaş intihar için çok iyi bilinen iki risk faktörüdür. Yaşla birlikte intihar girişim oranı giderek azalırken, ölümle sonuçlanan intihar oranı giderek artar. Yani yaşlılardaki intihar girişimlerinde ölümle sonuçlanma oranı daha yüksektir. Bir araştırmada intiharların %30'unu toplumun %15'ini oluşturan 65 yaş ve üzerindeki kişilerin gerçekleştirdiği saptanmıştır.²⁴ Depresyon, intihar girişiminin önemli bir öngörücüsüdür. Çeşitli çalışmalar, intihar girişiminden kısa bir süre önce bu kişilerin birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara başvurduğunu göstermektedir. Bu grubun %20'si aynı gün, %40'ı aynı hafta, %70'i ise intihar girişiminden önceki bir ayda bir sağlık kuruluşuna başvurmuş olduğu bildirilmektedir.²⁴ Bu bulgular yaşlı popülasyonda intihar riskini azaltmak için, depresyonun tanınmasının ve hemen tedavi edilmesinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Yaşlı depresif kişilere intihar düşüncelerini sormanın bir tehlikesi yoktur. Aksine sormamak tıbbi bir hatadır.

İki uçlu duygudurum bozukluğu

Yaşlılıkta birincil akut mani prevalansı genel popülasyona göre belirgin olarak düşüktür. Bu oran %1 kadardır. Bununla birlikte bazı yaşlı psikiyatrik hastalarda mani prevalansı %19, bakım evlerinde ise yaklaşık %10 kadardır.^{25,26} Yaşlıda manide özellikle geç yaşlarda başlayan maniye ilave medikal problem birlikteliğinin fazla oluşu nedeniyle prognoz oldukça kötüdür.²⁵ İleri yaşta maniler nadiren birincil ya da çoğunlukla olduğu gibi başka bir nedene ikincildir. Erken başlangıçlı olan tipte geç başlangıçlı olana göre genetik faktörler daha çok rol oynar.²⁵⁻²⁷

kincil mani nedenleri iki grupta toplanabilir:

1. Nörolojik hastalıklar: kafa travması, merkezi sinir sistemi enfeksiyonları, inme (özellikle sağ frontal, bazal ganglion, talamus, bazotemporal korteksde lokalize olanlar), subkortikal atrofi, epilepsi, kafa içi yer kaplayan lezyon, multipl skleroz, Alzheimer hastalığı, vasküler demans, bazal arter anevrizması, normal basınçlı hidrosefali.
2. Diğer medikal durumlar: hipertiroidizm, B12 vitamini eksikliği, levodopa, antidepresan, bronkodilatör, dekonjestan, kaptopril ve enalapril kullanımı, kalsiyum replasmanı vb.

Klinik belirtiler: Yaşlıda iki uçlu hastalık en çok manik ve depresif belirtilerin aynı anda ortaya çıkması şeklinde olur. Yaşlı maniklerin disfori ve belirtilerin inkarı şeklinde atipik bir şekilde geldiklerini, klinik görünümün genç ve orta yaştaki erişkinlere göre daha farklı olduğunu bildirmiştir.^{25,28} Öfori ve elevasyon yaşlıda daha az görülmektedir. Yaşlıdaki manide daha tipik olarak konfüzyon, paranoya, iritabilite, disfori ve distraktibilite bulunmaktadır. Hastalığın seyri epizotlar arası süre yaşlı ve gençte farklıdır. Ara periyod yaşlıda belirgin olarak uzundur. Yaşlı hastalarda mani ayırıcı tanısı gençlerden çok daha zordur. Deliryum ve ajite depresyon belirtileri mani ve ajite demans ile sıklıkla çakışır. Manili yaşlı hastalar sıklıkla karma belirtiler taşır. İritabilite ve depresif düşünce içeriği öforiden daha belirgin ise maniden çok depresyon tanısı koymamıza yol açar.²⁵⁻²⁸

Yaşlılıkta Psikotik Bozukluklar

Psikotik belirtiler her yaşta olduğu gibi 65 yaş üstü kişilerde de çok dikkatle ele alınmalıdır. Duygudurum bozukluklarına benzer şekilde yaşlılıkta psikotik belirtileri yaşlılıkta birincil olarak ortaya çıkanlar ya da bir bilinen hastalığa (demans, inme, parkinson) ikincil olarak gelişenler olarak ikiye ayırmak gerekir. Yapılan bir çalışmada bir geropsikiyatri ünitesine başvuran 1700 hastanın %10'u geç başlangıçlı psikotik belirtilerle başvurmuştur ve bunların %40'ı demansa ikincil olarak ortaya çıkmıştır. Alzheimer demanslı hastalarda yeni başlayan psikotik belirti prevalansı ilk yıl için %20, 3. yılda %50 bulunmuştur.²⁹ Demansla birlikte olan psikozlarda daha ciddi bilişsel yıkım, ilaca direnç ve daha fazla yan etki görülmektedir.

Önemli bir diğer konu da genç yaşta psikotik bozuklukları başlamış kişilerin yaşlanması ve ileri yıkım ile yaşlılık yıllarına gelmesidir. Yaşlanma ile şizofrenilerde kısmi remisyonun ortaya çıkabileceği de belirtilmiştir. Yaşlanan şizofrenlerde bilişsel yıkımda bir ilerleme olmadığı ileri sürülmüştür. Öte yandan 'şizofrenik tükenme' kavramı ortaya atılmış ve 7. dekattan sonra pozitif belirtilerin bittiği ve sadece negatif belirtilerin hakim olduğu bir tablonun kaldığı ileri sürülmüştür. Bu konuda daha fazla incelemeye ihtiyaç vardır.^{29,30}

Geç başlangıçlı şizofreni benzeri psikozlar

İlk kez DSM-III şizofreni belirtilerinin 45 yaşından önce başlaması gerektiğine işaret etmiştir. 40 yaşından sonra başlayan şizofreninin erken yaşta başlayanlara göre daha farklı bir klinik tablo olduğunu vurgulamıştır. Bu hastalarda afektif küntleşmenin az görülmesi dikkati çekmektedir. Biz de özellikle 65 yaşından sonra başlayan psikotik tablolarda olayın beyin yapısındaki nörodegeneratif mekanizmalara bağlanması gerektiğini ve başlıca nörogelişimsel bir bozukluk olan şizofreni tanısının konulmamasının daha doğru olduğunu düşünmekteyiz. Öte yandan bu görüşün aksine geç başlangıçlı şizofrenilerin olabileceğini, bunların da gelişimsel bozukluğun geç ortaya çıkan versiyonları olduğunu öne süren yazarlar da olmuştur.^{29,30}

Epidemiyoloji: 65 yaşından sonraki şizofreni sıklığı %0.1 ila %0.5 arasında bildirilmiştir. Kadınlarda 2 ila 10 kat daha fazla görülmektedir. Erkeklerin erken başlangıçlı formlara, kadınların ise geç başlangıçlı forma daha duyarlı olduğu şeklinde görüşler vardır.³⁰⁻³²

Tanı ve klinik görünüm: Paranoid hezeyanlar ve halüsinasyonlar en sık görülen belirtilerdir. Hezeyanlar genellikle sistematizedir ve ender görülen tipte hezeyanlar nörodejeneratif hastalıklarla birlikte olan formlarda daha fazladır (örneğin; Capgras hezeyanı, picture sign vb.). Yaşlılık psikozlarında sistematik hezeyanlar gençlere göre tedaviden daha az yararlanırlar. Deliryum, psikotik bozukluklar ve nörodejeneratif bozuklukların seyrindeki psikotik belirtiler değişkenlik, süre, eş zamanlı diğer belirtiler ve bilişsel süreçlere etkisi açısından farklılıklar içerirler. Yaşlılık psikozlarında prodromal belirtiler olmayabilir.^{30,33}

Ayrıncı tanıda eş zamanlı diğer hastalıkların; Parkinson hastalığı, Alzheimer demansı, inme ve deliryumun mutlaka değerlendirilmesi gerekir. Dikkatli bir anamnez alınıp şikayetlerin net olarak anlaşılması, nörolojik muayene, detaylı biyokimyasal inceleme (tiroid, sifilis, B12 eksikliği vb.), bilişsel profilin net olarak anlaşılması ve özellikle ilk kez ortaya çıkan klinik tablolarda görüntüleme şarttır.^{33,34} Bu tablolar psikotik belirtilerin eşlik ettiği duygudurum bozukluklarıyla sıklıkla karışabilir. Yaşlılık psikozları kronik özelliklidir ve ilaç kullanımı mutlaka gerekir. Hasta-doktor ilişkisi tedavi uyumu için çok önemlidir.

Geç başlangıçlı hezeyanlı bozukluk

65 yaşından sonra ortaya çıkan paranoid sistematize hezeyanların varlığı, işitsel ve görsel halüsinasyonların olmadığı, ancak taktil ve olfaktör halüsinasyonların hezeyanın konusu ile uyumlu olduğu, en az 1 aylık tablolara verilen addır. Yaşam boyu riski %0.05 olarak bildirilmiştir. Hastaların içgörüsü olmadığından ve temalar genellikle günlük hayatla uyumu kıskançlık, malının çalınması gibi alanlara yoğunlaştığı için daha az yardım başvurusunda bulunurlar. Yüksek doz ve sürekli ilaç kullanımı hem hasta açısından zorlayıcıdır hem de yaşlılar antipsikotiklerin artmış dozlarında da fazla yan etki çıkardıklarından tedavi zorlayıcıdır. Psikoterapinin yararı çok sınırlıdır. Paranoid kişilik özellikleri, algı organlarındaki sağlıklık vb. yetmezlikler riski artırabilir. Genellikle remisyon ve nüksetmelerle giden kronik bir seyir izlerler. Hasta yakınlarının ısrarı ile olan başvurular çoğunluktadır.²⁹⁻³⁵

Yaşlılıkta Anksiyete Bozuklukları

Agorafobi dışında anksiyete bozukluklarının birincil olarak yaşlılıkta başlaması nadirdir. Genellikle klinik ortamda görülen 'yaşlanan' hastalardaki uzun süreli anksiyete bozukluklarıdır, bazen ileri yaşta şiddeti artabilir. Eğer ilk kez ileri yaşta ortaya çıkıyorsa mutlaka eştanıları düşünmek gerekir; depresyon, demans veya yeni eklenen bir fiziksel hastalık gibi.³⁶

Fobilerde yaşlılar ile gençlerde görülen belirtiler için farklı ölçütler yoktur. Yaşlılıkta düşme korkusu, fiziksel yetersizlik gibi açıklamalarla saklanmaya çalışılan ve sosyal geri çekilmeye neden olan agorafobi sıklıkla görülebilir. Yaygın anksiyete bozukluğu için tanı ölçütleri değişmezken, yaşlıların anksiyetenin bedensel belirtilerini ifade etmeye daha meyilli olduğu gözlenmiştir.^{36,37}

Panik bozukluk için 65 yaş üstünde bildirilen sıklık %0.5'ten az olduğudur. Yine birincil olarak ileri yaşta başlaması nadirdir. Ama olursa tanı ölçütleri gençlerinkinden farklı değildir. Özellikle kalp ve akciğer hastalıkları olmak üzere sıklıkla başka hastalıklarla birlikte dir. Obsesif kompulsif bozuklukta da yine genç yaşların tanı ölçütleri geçerlidir. Polikliniklere başvuran yaşlıların %5'i OKB tanısı alır ve bu kişilerin hastalıkları çok uzun yıllardan beri devam etmektedir. Yaşlılarda sık karşılaşılan obsesyonlarda bulaşma, şüphe ve başkalarına zarar verme temaları ağırlıktadır. Obsesif kompulsif bozukluk hastaları şüphe obsesyonları ile kontrol kompulsiyonlarını karıştırıp "unutkanlık" şikayeti ile başvurabilirler, ayrıncı tanıda dikkatli olunmalıdır. Yine depresyon sık görülen bir eştanıdır.^{36,38}

Travma sonrası stres bozukluğu yaşla ilgili değil doğrudan yaşantılanan deneyimle ilgili olduğu için her yaşta ortaya çıkabilir. İleri yaştaki sıklığı hakkında net bir bilgi yoktur. Ancak II. Dünya savaşımdan kurtulan kişilerin %20'sinde belirtilerin 70 yaş üstüne de taşındığı gösterilmiştir.

Ayrıncı tanı: Özellikle her türlü duygudurum bozukluğunu dikkatle aramak gerekir. Depresyon, distimi, karma atakta eş zamanlı anksiyete görülebilir. Demansta anksiyete hem tek başına hem de ajitasyonu tetikleyen bir faktör olarak bulunabilir. Sağlığı tehdit eden her türlü hastalık anksiyeteye neden olabilir. Ayrıca hipertiroidi, kan şekeri oynamaları, kronik ve akut akciğer hastalıkları, kalp ritim bozuklukları anksiyeteye yol açabilir.³⁹ İleri yaşta anksiyete bozukluklarının tedavisinde psikoterapiler hakkında bilgilerimiz sınırlıdır. Kişinin kapasitesi, fiziksel durumu ve zihinsel aktivite gücü değerlendirilerek seçilen olgularda özellikle panik bozukluğunun eşlik etmediği agorafobi tedavisinde davranışçı psikoterapiler kullanılabilir. Yaşlı hastalarda düşme, kalça kırığı, denge bozukluğu ve bilişsel bozulmaya neden olduğu için benzodiyazepinlerin kullanımından kaçınılmalıdır. Sadece kısa etkili formları seçilmiş olgularda kullanılabilir. Yaşlılarda anksiyete bozukluklarının tedavisi trisiklik dışı antidepressanlarla yapılmalıdır. Bu konuda yine de kontrollü çalışmalar azdır. SSGİ (seçici serotonin geri alım inhibitörleri) ve diğer daha yeni kuşak antidepressanlar tedavi seçenekleri olarak değerlendirilebilirler.³⁹⁻⁴¹

Yaşlıda Akut Konfüzyonel Durum: Deliryum

Deliryum ya da akut konfüzyonel durum; akut veya subakut gelişen, kafa içi veya dışı nedenlerle oluşan beyin metabolizma ve işlevlerinde meydana gelen yaygın ve geçici bir bozukluk olarak tanımlanabilir.⁴²⁻⁴⁴ Hastanede

yatarak tedavi gören hastalarda %18 -25 sıklıkla deliryum bildirilmiştir. Bu oran, hastaların birincil tedavisini yürüten doktorlar tarafından saptanabilen ve konsültasyon istenen hastaların sıklığını tanımlamaktadır. Deliryum özellikle beyin hastalığı ya da hasarı, kronik organ yetmezliği olan, yanık veya genel ağır travma geçiren, alkol-madde kullanan, kalp-damar veya lokomotor sistem operasyonu geçiren ve yaşlı kişilerde çok daha sık olarak görülmektedir. Yaşlı hastalarda ise deliryum oranı %32 ila 67 gibi yüksek düzeydedir.^{42,45}

Özellikle yaşlı hastalarda deliryum altta yatan hastalığın prognozu ve tıbbi tedavinin gidişi üzerine ciddi olumsuz etkiler yapar. Hastanede kalış süresi uzar, fonksiyonel kapasite düşer, bilişsel işlevler ileri derecede bozulur ve ölüm riski artar.^{46,47} Yaşlı hastaların yaşam kalitesi ve bağımsız hayatını sürdürebilmesi için çok önemli olan fonksiyonel kapasite ve bilişsel yeterliliğin bozulması pek çok çalışmada ortaya konmuş bir olumsuzluktur. Bilişsel bozulma deliryum için hem predispozan bir faktördür hem de deliryumun tek başına bilişsel fonksiyonları bozduğu gösterilmiştir. Hem deliryum geçiren hem de geçirmeyen kalça ameliyatlı hastalarda hastanede kaldıkları sürede mini mental durum (MMSE) değerlerinde anlamlı azalma gösterilmiştir. Ancak deliryumu olanlardaki düşüş anlamlı derecede daha yüksektir.⁴⁸ Özellikle uzayan deliryumlarda kognisyon başta dikkat, dikkati sürdürme becerisi ve çalışma belleği olmak üzere ileri derecede bozulabilir. Deliryuma giren 70 yaş üstü hastalarda bir yıl sonra demans tanısı alma olasılığı %55 olarak bildirilmiştir. Deliryum geçirenlerde yaşanan epizoddan bir sene sonrasına kadar %10 civarında, bazı çalışmalarda %65'e kadar yükselen artmış mortalite oranları da dikkat çekmektedir.^{49,50} Farklı tanı ölçütleri ve değerlendirme yöntemleri önerilse de halen yaşlılarda da en spesifik tanı ölçütleri için DSM-IV kullanılabilir.³ Bu tanıma göre deliryum tanısı için gerekli şartlar şunlardır:

1. Bilinç bulanıklığı; çevrenin farkındalığının azalması: dikkati odaklama sürdürme ve yöneltme bozukluğu.
2. Bilişsel işlevlerde bozulma: bellek, dil ve yönelim bozukluğu. Bu belirtiler bir demans varlığına bağlı olmamalıdır.
3. Bu bozukluk çok kısa bir zaman içinde çıkmış olmalı ve gün içinde dalgalanmalar gözlenmeli.
4. Tüm anamnez ve bedensel belirtiler bu bozukluğun fiziksel bir hastalığa veya tıbbi bir duruma ikincil olarak çıktığını göstermelidir.

Deliryum tablosu fiziksel bir hastalığın seyri sırasında, bir travma sonrasında ya da tedavi komplikasyonu olarak görülebilir. Acil birimlerinde, kısa süre içinde gelişen huzursuzluk, anksiyete, ajitasyon, eksitasyon, şaşkınlık, yönelim kusuru veya tıbbi tedaviyi reddetme, halüsinasyon veya hezeyanlar, uyku düzeninde değişiklikler görülürse hastada deliryum olasılığı düşünülmeli ve o yönde dikkatli bir değerlendirme yapılmalıdır. Akut konfüzyonel durum hızla ve çoğunlukla gece yerleşir. Belirtilerin hızlı değişimi ve klinik gidişin dalgalanmalar göstermesi karakteristiktir. Deliryumda, dikkat bozuklukları, yönelim kusuru, konsantrasyon, bellek bozuklukları (kısa süreli

reli ve anlık bellekte belirgin), psikomotor bozukluklar (ajitasyon, eksitasyon, retardasyon), uyku-uyanıklık düzeninde değişim (gündüz uyuklama, gece uyuyamama), düşünce ve algı bozuklukları (hezeyan ilüzyon ve halüsinasyonlar) görülebilir ve bu belirtiler dalgalanabilir.⁴⁸⁻⁵⁰

Deliryum etiyojisinde, yatknlık yaratan ve başlatan faktörler arasında bir ayırım yapılmalıdır. Predispozan faktörler bireyleri deliryuma daha duyarlı hale getirirken, başlatan faktörler deliryumun doğrudan bedensel nedenini oluşturur. Artan yaş ve mevcut bilişsel bozukluk en önemli risk faktördür.^{44,45,48} Bunun yanı sıra deliryum, yaşlılarda demansın ilk bulgusu da olabilir. Yaşlılarda deliryum için eşik değeri düşüren diğer faktörler arasında hipertansiyon, özellikle de antikolinergik içerikli çoklu ilaç kullanımı, genel anestezi, erkek olmak ve alkol veya benzodiyazepin kullanımı sayılabilir.⁴⁵⁻⁵⁰ Ayrıca Zakriya ve arkadaşları kalça protezi ameliyatı olanlarda artmış serum sodyum seviyelerinin, genel fiziksel düşkünlüğün ve stres cevabında azalmış olma durumunun bağımsız risk faktörleri olduğunu bildirmişlerdir.⁵¹ Deliryum uygun tedavi ile geri dönüşümlüdür. Tamamen ve hasar bırakmadan iyileşebilir. Tedavide öncelikle deliryuma neden olan faktörün ortadan kaldırılması gereklidir. Ayrıca ajitasyon, halüsinasyon, konfüzyon gibi belirtilere yönelik farmakoterapiler yapılır. American Psychiatric Association (APA) deliryum tedavisi için çok detaylı bir rehber yayımlamıştır ve burada haloperidolün standart ilaç olduğunu vurgulamıştır.⁵² Yaşlılarda ve tıbbi hastalığın eşlik ettiği deliryumda haloperidol kullanımının yararlılığı hakkında her türlü bilimsel kanıt mevcuttur. Son yıllarda ekstrapiramidal yan etkilerden kaçınmak amacı ile yaşlılarda atipik antipsikotik kullanımı da önerilmektedir. En çok çalışılan ilaç olan risperidon ile yaşlılarda deliryum üzerine olumlu etkisi gösterilmiştir.⁵³⁻⁵⁵ Özellikle uzun etkili diyazepam gibi benzodiyazepinlerin deliryumda tedavi değeri yoktur. Kısa etkili benzodiyazepinler ileri ajitasyonların kontrolünde çok seçici olmak şartı ile kullanılabilir.

Yaşlı hastalarda deliryumu önleyebilmek, olası kötü sonuçları düşününce tedavi etmekten çok daha önemlidir. Pek çok yöntem düşünülse de en etkin yöntemin riski yüksek hastaların deliryum gelişmeden psikiyatrik ya da geriyatrik konsültasyonlarının yapılması olduğu ortaya çıkmıştır. Tedavi edilebilir risk faktörlerinin giderilmesi psikososyal ve farmakolojik önleme stratejilerinin uygulamaya konması deliryum olasılığını azaltır.

Demanslar ve Alzheimer Hastalığı

Yaşlı kişinin daha önce sahip olduğu bilişsel yetilerini kaybedip günlük yaşam işlevleride yetersizlik yaşamasına demans denebilir. Pek çok demans nedeni ya da çeşidi mevcuttur. Bir klinisyenin yaşlı kişide ilk ayırt etmesi gereken mevcut bilişsel bozukluğun nedeninin geri dönüşümlü olup olmadığıdır. Geri dönüşümlü demans nedenleri aşağıda sıralanmıştır.⁵⁶

- Depresyon ve anksiyete bozuklukları
- Tiroid hastalıkları
- Beslenme bozuklukları, vitamin eksiklikleri

- İlaç yan etkileri, antikolinergik, antihistaminergik kortikosteroid vb.
- İlaç toksisitesi
- Deliryum; özellikle şeker ve elektrolit denge bozukluğu
- Merkezi sinir sistemi enfeksiyonları
- Beyin tümörü, organ yetmezlikleri

Eğer yukarıdaki sorunlar tesbit edilip tedavi edilirse bilişsel bozukluk düzelir. Fakat aşağıda sıralanan demans hastalıklarında ise henüz tam geri dönüş sağlayan bir tedavi bulunmamıştır. Bu hastalarda belirtiye yönelik tedaviler, psikiyatrik belirtilerin kontrolü ve yaşam ve bakım kalitesini artırıcı yaklaşımlar gerekir.⁵⁷

Sık görülen demanslar:

- Alzheimer demansı
- Vasküler demans
- Frontotemporal demans
- Lewy cisimcikli demans
- Parkinson demansı
- Yer kaplayıcı lezyona bağlı demans
- Diğer (Ca metabolizması hastalıkları , sifilis, Jacop-Creuzfeld hastalığı)

Alzheimer hastalığı bir demans çeşididir ve 1906 yılında nöropatolog Dr. Alois Alzheimer tarafından tanımlanmıştır. Şu anda dünyada 65 yaşından sonra en sık görülen demans türüdür. Halen Türkiye’de 400.000 civarında Alzheimer hastalığı hastası olduğu tahmin edilmektedir.^{58,59} Bu hastalıkta önde bozulan beyin işlevi ‘bellektir’. Yani hastalık unutkanlık ile başlar. Kişi gördüğü, duyduğu algıladığı bilgileri kayıt edemez ve bellek depolarına göndermez ve bilgi lazım olunca da ‘hatırlayamaz’. Buradan da anlaşılacağı üzere Alzheimer hastalığı entorhinal korteks ve hipokampus ve 10- 15 yıl gibi bir süre içinde diğer beyin bölgelerine de yayılır. Önceleri isimleri eşyaların yerini karıştıran hasta aynı soruları tekrar tekrar sorar; eskileri çok iyi hatırlayıp, bir gün önceki olayları hatırlamaz. Bazı hastalar hatırlamadıkları halde çok ve farklı konulardan konuşup boşlukları doldururlar, bu duruma konfabulasyon denir ve hekim için yanıltıcı olabilir. Hastalığın ilerlemesi ile konuşma, nesnelere adlandırma, olaylar hakkında akıl yürütme, geleceği ve yapacaklarını planlama, neyin gerçek neyin olmadığını ayırt edebilme gibi diğer beyin becerileri de bozulur. Hastalığın orta evrelerinde para hesabı yapmak, yemek pişirmek temizlik yapabilmek, seyahat etmek, yolunu bulmak gibi beceriler de kaybolur, gözetim ve yardım gerekir. İleri aşamada ise hastalar yemek yemekte, idrar ve gaytalarını tutabilmekte, tek başına yürüyebilmekte bile zorlanırlar; maalesef hastalığın sonuna doğru tamamıyla bir bebek gibi bakıma muhtaç hale gelirler.^{59,60}

Bu hastalığın tanısı klinik muayene ile konur. Alzheimer tipi demans sendromu klinik tanımımız ‘çekirdeğini yakın bellek bozukluğunun oluşturduğu, çoğul bilişsel bozuklukların günlük yaşam aktivitelerini alışılmış düzeylerinde sürdürülemez kıldığı bir demans sendromudur’. Kesin tanı ise beyin biyopsisi ile konan patolojik tanıdır: “Nörofibriler yumaklar ve amiloid plaklar tarzında biri-

ken anormal protein katlanma ürünlerinin kendilerine özgü bir nöro-anatomik seçicilikle beyin dokusunda yayıldığı dejeneratif bir hastalık”.^{59,60}

DSM-IV Alzheimer hastalığını klinik olarak tanımlar:³

1. Bellek bozukluğu
2. Aşağıdaki bilişsel bozukluklardan bir ya da daha fazlasının bulunması afazi, apraksi, agnozi, yürütücü işlev bozukluğu
3. Bu bilişsel sorunların toplumsal ve mesleki işlevsellik kaybına neden olması
4. Yavaş başlayıp sürekli bir kayıp görülmesi
5. Bu durum deliryum, madde kullanımı, başka bir demans veya sistemik hastalıkla veya başka bir eksen I bozukluğu ile açıklanmaz,

Dolayısı ile de ayrıntılı klinik muayene önem kazanır. Hastayı değerlendirirken aşağıdaki alanlar örneklerle sorgulanmalıdır.

1. Unutkanlık: Eşyaların yerleri (gözlük, cüzdan gibi), tanıdığı insanların isimlerini veya yüzlerini, bir işi yapmayı unuttur. Bunlar günlük hayatın hızlı akışında hepimizin yaşadığı unutkanlıklar gibi gözükmemektedir, fakat Alzheimer hastaları eşyalarını uygunsuz yerlere koyarak ya da uygun yerde aramayarak hiç bulamaz. İnsan ve nesne isimlerini hatırlayamaz. Yeni tanıştığı insanları hatırlayamaz, soruları cevaplarını aldığı unutarak tekrar tekrar sorar ya da söylediğini unutarak aynı cümleyi tekrarlar.

2. Günlük yaşam aktivitelerini etkileyen hafıza kaybı: Kendine bakım, yemek yeme düzeni ve adabı, tuvalet kontrolü gibi temel becerilerde kayıp olabilir.

3. Kazanılmış becerilerin kaybı: Sık sık yemeği ocakta unutarak yakmak, araba kullanırken tehlike doğuracak beceri kaybı, markette para üstü hesaplayamamak gibi kazanılmış bir takım becerilerin kaybı sadece ‘unutkanlık’la açıklanamayabilir. Bunun yanında hasta yeni becerileri öğrenemez hale gelir; örneğin cep telefonu ya da bankamatik kullanmayı öğrenememe gibi. Bu durumda bir ev hanımı artık yemek yapamaz, bir terzi artık dikiş dikemez hale gelebilir.

4. İletişim: Bazen bir tanıdığın adını istenildiği anda hatırlayamayıp bir süre sonra hatırlamak doğal karşılanabilir. Kelime bulmada güçlükler ortaya çıkar; bu insan ismi olabileceği gibi akıcı konuşmasını kesintiye uğratabilecek şekilde nesne isimlerini bulma da olabilir. Kişi cevabını almış olmasına rağmen sorduğu bir soruyu hem cevabını hem de sorduğunu unutarak tekrar tekrar sorabilir veya eskisine kıyasla daha kısıtlı sayıda kelimeyle ve daha zayıf bir gramer yapısıyla kendini ifade eder hele gelebilir. Uzun konuşmaları takip etmekte zorlanabilir.

5. Yönelim bozuklukları: Haftanın hangi gününde, ayın kaçında olduğunu bilemeyebiliriz, fakat sonra takvim bilgilerine uyum sağlarız. Alzheimer hastalığı hastaları ise yıl, ay ve gün gibi zamansal bilgileri kaybeder. Bu durumda güncel olayları takip etmekte başarısız hale gelir. Kişi bulunduğu yeri karıştırabilir ya da nerede olduğunu bilemez hale gelebilir. Kişi kendine dair bilgiler-

de de kayıp yaşayabilir. Örneğin, doğum tarihini, yaşını bilemeyebilir.

6. Muhakeme güçlüğü: Karşılaştığı herhangi bir durumu mantık çerçevesinde yargılayamayabilir. Karar vermekte güçlük çekebilir.

7. Görünenin altında yatanı kavrama (soyut düşünme) güçlüğü

8. Zengin psikiyatrik belirtiler: AH hastaları ani davranış değişiklikleri gösterebilir, bunlar duruma uygunsuz olabilir; nedensiz ani sinirlenmeler gibi. Şüpheli, sinirli, huzursuz ya da tamamen ilgisiz bir kişi haline gelebilir. Özellikle Alzheimer hastalığında hezeyanlar, halüsinasyonlar, kişilik değişiklikleri, duygudurum bozuklukları, uyku, iştah ve cinsel davranışla ilgili psikiyatrik sorunlar, gerek hasta gerekse aile için günlük yaşamı ileri derecede bozucu olabilmektedir.

Demanslarda ayırıcı tanı için dikkat edilmesi gerekenler bilişsel bozukluğun özellikleri, başlangıç ve seyir özellikleri, davranışsal ve/veya motor bulguların mevcudiyetinin tablodaki ağırlıkları ve katılım zamanlamaları olmalıdır

Demanslı hastalarda tedavi yaklaşımı olarak bilişsel bozukluğu artırabilecek ek durumların tedavisine öncelik verilmelidir. Tansiyon, şeker ya da elektrolit dengesinin sağlanması gibi. Çoklu ilaç kullanımı olan hastalarda ilaçları sadeleştirmeye çalışmak, hasta ve ailesini dengeli beslenme ve hidrasyon konusunda bilinçlendirmek önemlidir. Ek psikiyatrik hastalıklar dikkatle muayene edilmeli ve tedavi edilmelidir. Özellikle depresyon ve uyku bozuklukları, bakımı çok zorlaştırıp bilişi hızla kötüleştirirler.

Asetil kolinin nörotransmisyonun artırılmasına yönelik asetil kolini yıkan enzimi inhibe eden 'asetil kolin esteraz inhibitörleri' ilaç grubu başta Alzheimer demansı olmak üzere Parkinson demansı, Lewy cisimcikli demansta da kullanılabilirler. Ancak vasküler demans ve frontotemporal demansta yararları net olarak gösterilememiştir. Donepezil 10mg/gün, Rivastigmin 12mg/gün, ve galantamin 24mg/gün olarak sıralanabilen bu ilaç grubu, hastalık süreçlerini 2 yıla kadar yavaşlatma veya durdurma, bazı hastalara bilişsel iyileşme, psikiyatrik belirtilerin çıkmasını azaltma, bakıcı yükünü azaltma gibi yararlar sağlarlar.⁵⁰⁻⁶¹

Memantine NMDA tipi glutamat reseptör antagonistidir; nöronal hasara yol açan glutamat toksisitesini azaltır. Kolin esterazlarla birlikte kullanıldığında orta-ileri evrede hastalarda yararlı olduğu gösterilmiştir. Ayrıca ajitasyon ve duygudurum belirtileri üzerine de belirgin olumlu etkileri gösterilmiştir.⁶² Bu ilaçların etkin dozda ve sürekli kullanımının sağlanması önemlidir. Ek psikiyatrik belirtilere göre, diğer psikotropolar demans ilaçlarına eklenebilir.⁶³

Yaşlılarda Uyku Bozuklukları

Yaşlı popülasyonda uyku bozuklukları çok sık rastlanan problemlerden biridir. İnsomnia, birincil ya da ikincil nedenli olabilir. Tanı konulup, tedavi edilemezse mor-

bidite ve mortaliteye neden olur, yaşam kalitesini bozar. 65 yaş üzerindeki bireylerin %40'ından fazlasının uyku ile ilgili sorun yaşadığı, %12-25'inin sürekli insomniadan yakındığı bildirilmiştir.^{64,65} Yaşlılıkta görülen başlıca uyku bozuklukları şunlardır:

Gece solunum bozukluğu: Uyku apnesi, uyku sırasında solunumun 10 sn ya da daha fazla süre duraklaması ile hipoksemi, sık uyanma, gündüz uykuları ve işlevsellikte bozulmalara neden olan bir sorundur.⁶⁶ Bu durum erişkin nüfusun %4'ünü çeşitli derecelerde etkiler. Uyku bölünmeleri kazalara, bellekte kayıplara, konfüzyona neden olabilir. Tanı, öykü ve polisomnografi ile konulabilir. Hafif şiddetteki vakalar kilo kaybı, sedatif ilaçlardan kaçınma, lateral pozisyonda uyuma gibi önlemlerden fayda sağlarlar. Orta ve şiddetli derecedeki vakalar, gece boyunca sürekli nazal maske ile verilen pozitif basınçlı oksijen tedavisinden faydalanır. Oral aparatlar, solunum yolunu açık tutarak faydalı olurlar. Cerrahi müdahaleler, üst solunum yollarında ileri düzeydeki obstrüksiyonları açmak amacıyla uygulanır, uvulopalatofaringoplastinin başarı oranı %50'nin altındadır.

Yaşlı erkeklerin %50'den fazlasında, yaşlı kadınların %30'unda horlama gelişir ve uykunun bölünmesine neden olur. Apne ile ayırıcı tanısının yapılması gerekir. Konservatif tedavi uygulanır, hafif derecedeki olgular uyku apnesi tedavisinde kullanılan müdahalelerden yararlanır.⁶⁴⁻⁶⁶

REM uyku davranışı bozukluğu (parasomnia): Uyku sırasında aşırı motor aktivite, hasta ve eşinin tekrarlayan yaralanmaları ile karakterizedir. Hasta uykusunda konuşur, bağırır, ekstremitelerini hareket ettirir, yataktan çıkar, düşer, rüya etkisi ile hareket eder. Genel popülasyonda %0.4-0.5 sıklıkta görüldüğüne dair bulgular vardır. Yaşlılarda ve erkeklerde daha sık görülür. Kesin etiyojisi ve patofizyolojisi anlaşılamamıştır. Lewy cisimcikli demansın ilk bulgularından olabilir.⁶⁷

Hareket bozuklukları: Huzursuz bacak sendromu, ileri yaşlarda %5 oranında görülür. Kadınlarda daha sıkır. Demir eksikliği ile ilişkisini gösteren çalışmalar vardır

Yaşlılıkta Psikofarmakolojik Tedavi Yaklaşımı

Yaşlılarda psikofarmakolojik tedavilerin çeşitli zorlukları vardır: Yaşla birlikte meydana çıkan vücuttaki değişiklikler ilaçların farmakodinamiğini, farmakokinetiğini etkiler. Serebral atrofi, beyaz madde değişiklikleri ve hedef reseptör değişiklikleri de ilaçların etki ve yan etki potansiyellerini değiştirir.⁶⁸⁻⁷⁰

Aşağıda yaşlıda ortaya çıkan ve ilaçların etkileri ile ilgili çeşitli faktörler sıralanmıştır:

- Gastrik Ph artışı
- Gastrik boşalmanın gecikmesi
- Splenik kan akımının azalması
- Absorbsiyon yüzeyinin azalması
- Total vücut kütlelerinin azalması
- Vücut yağının azalması

- Genel metabolizma azalması
- Vücut suyunun azalması
- Plazma albüminin azalması
- Karaciğer kütlesinin azalması ve metabolizmasının değişmesi
- Böbrek aktivitesinin, glomeruler filtrasyon ve böbrek tubuler fonksiyonlarının azalması

Bu nedenlere bağlı olarak yaşlılarda psikotrop ilaçların emilimi, taşınması, serbest ilaç miktarları dağılımları, hedef organa varışları ve elimine edilmelerinde önemli değişiklikler olur. Ayrıca hedef organ olarak beyinde de nöron kaybı ve ikincil atrofi, reseptör kaybı ve duyarlılığının azalması, biokimyasal değişimler, beyindeki iskemik alanların miktarı ve yeri gibi bazı özellikler de yaşlılarda etki ve yan etki değişikliklerine yol açar.^{71,72} Hastanın cinsiyeti, çalışma durumu, ek fiziksel hastalıkları, daha önceki tedavileri veya halen kullandığı psikiyatri dışı ilaçlar, daha önceki hastalık epizodları, doktorun deneyimleri, hastanın doktor deneyimleri, ilaçlara erişme durumu, ilaçları düzenli kullanma alışkanlığı kullanılan ilaçlardan alınabilecek yanıtları etkileyen faktörlerdir.⁷³

İlaç verilirken dikkat edilecek ek faktörler şunlar olabilir:

- Hastanın karaciğer ve böbrek fonksiyon düzeyinin ölçülmesi ve EKG yapılması,
- Ek fiziksel hastalıklarının özelliklerinin bilinmesi: Örneğin, Parkinson hastalığı veya prostat hipertrofisi, glokom, gibi antidepresanlarla durumu değişebilecek hastalıkların bilinmesi,
- Hastanın kullandığı ve ilaç etkileşimine girebilecek ilaçların bilinmesi,
- Dahili kontrollerinin rutin olarak devam edilmesi (özellikle yemek yemeyen, dehidrate hastalarda önemlidir); ilaç değişikliği olursa bilgi sahibi olunması,
- Dahiliye ile işbirliği yaparak tabloyu ağırlaştırabilecek gerekli olmayan ilaçların kesilmesi,
- Hastanın doğru bir endikasyonla bu ilaçları alacağını bilmesi; örneğin, akut yas reaksiyonunda verilmemesi,
- Mümkün olan düşük dozlarda başlanması ve dozun kontrollü bir şekilde artırılması,
- Hastanın ve yakınının tedavinin olası yan etki ve etkinlik profili hakkında bilgilendirilmesi,
- Birden fazla psikotropu aynı anda başlamaktan kaçınılması,
- Terapotik aralığı dar duygudurum düzenleyicilerinin (lityum, Na valproat, karbamazepin gibi) sık aralıklarla kan düzeyi bakılarak takip edilmesi,
- Benzodiyazepinlerin gerek ek ilaç olarak gerekse tek başına yaşlı hastalara verilmekten kaçınılması,⁶⁸⁻⁷⁴
- Tipik antipsikotiklerin düşük potanslı ve antikolinerjik etkinliği yüksek olanları kesinlikle yaşlılarda kullanılmamalıdır. Sadece haloperidol düşük dozda (0.5-3mgr/gün), kısıtlı durumlarda, yaşlılarda kullanılabilir. Yaşlıların daha duyarlı olduğu tardif sendromlar, tipik ilaçlarla atipiklere göre çok daha fazladır. Daha fazla tercih edilmesi gereken atipik

nöroleptiklerin kullanımınıdır. Bu ilaçlarında her biri kendine has yan etki profillerine sahiptir.⁶⁸⁻⁷⁵ Her olgu bireysel olarak değerlendirilmeli ve etkinlik ve yan etki arasında bir denge oluşturulmaya çalışılmamalıdır. Yaşlılıkta kullanım için özel olarak geliştirilmiş bir psikotrop ilaç olmadığı ve genç hastalardaki sonuçlarla yaşlı hastalara reçete edildiği akıld tutulmalıdır. İlaçların ender görülen yan etkilerine yaşlılar daha duyarlıdır.

Kaynaklar

1. Lebowitz BD, Pearson JL, Schneider LS, et al. Consensus statement diagnosis and treatment of depression in late life. JAMA 1997; 278: 1186-1190
2. Chiu E, Ames D, Draper B, Snowdon J. Depressive disorders in the elderly: a review. In: Maj M, Sartorius N; eds. Depressive Disorders. Chichester: Wiley: 1999; 313-363.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV. ed. (DSM-IV). Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
4. Bekaroglu M., Uluotku N, Tanriover S, et al. Depression in an elderly population in Turkey. Acta Psychiatr Scand 1991; 84: 174-178.
5. Kulaksızoglu IB, Gürvit H, Polat A. Unrecognized depression in community-dwelling elderly persons in Istanbul. Int Psychogeriatr 2005; 17: 303-312.
6. Blazer D, Williams CD. Epidemiology of dysphoria and depression in an elderly population. Am J Psychiat 1992; 137: 439-444.
7. Blazer D, Hughes DC, George LK. The epidemiology of depression in an elderly community population. Gerontologist 1987; 27: 281-287.
8. Kivela SL, Palskala K, Eronen P. Depressive symptoms and signs that differentiate major and atypical depression from dysthymic disorder in elderly Finns. Int J Geriatr Psychiat 1989; 4: 79-85.
9. Callahan CM, Hendrie HC, Dittus RS, et al.. Depression in late life: the use of clinical characteristics to focus screening efforts. J Gerontol 1994; 9: 9-14.
10. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. JAMA 1990; 264: 2524-2528.
11. Remick RA, Sadovnick AD, Lam RW, et al. Major depression, minor depression, and double depression: are they distinct clinical entities? Am J Med Genet 1996; 67: 347-353.
12. Wells KB, Stewart A. The functioning and well-being of depressed patients: Results from the medical outcome study. JAMA 1989; 262: 914-919.
13. Lyness JM, King DA, Cox C, et al. The importance of subsyndromal depression in older primary care patients: Prevalence and associated functional disability. J Am Geriatr Soc 1999; 47: 647-652.
14. Newmann JP. Aging and depression. Psychol Aging 1989; 4: 150-165.
15. Zisook S, Downs NS. Diagnosis and treatment of depression in late life. J Clin Psychiat 1998; 59 (Suppl. 4): 80-91.
16. Kaprio J, Koskenvuo M, Rita H. Mortality after bereavement; prospective study of 95647 widowed persons. Am J Psychiat 1987; 77: 282-287.
17. Zisook S, Shuchter SR. Major depression associated with widowhood. Am J Geriatr Psychiat 1993; 147: 316-326.
18. Barry KL, Fleming MF, Manwell LB, et al. Prevalence of and factors associated with current and lifetime depression in older adult primary care patients. Fam Med 1998; 30: 366-371.
19. Koenig HG, Meador KG, Cohen HJ, Blazer DG. Depression in elderly hospitalized patients with a medical illness. Arch Intern Med 1989; 148: 1929-1936.

20. Steffens DC, Hays JC, George LK, et al. Sociodemographic and clinical correlates of number of previous depressive episodes in the depressed elderly. *J Affect Disord* 1996; 39: 99-106 .
21. Baldwin RC, Tomenson B. Depression in late life. A comparison of symptoms and risk factors in early and late onset cases. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 649-652.
22. Lynch TR, Mendelson T, Robins JC, et al. Perceived social support among depressed elderly, middle aged, and young adult samples: cross-sectional and longitudinal analyses. *J Affect Disord* 1999; 55: 159-170.
23. Costs PT, McGac RR. Somatic complaints in males as a junction of age and neurotism, a longitudinal study. *J Behav Med* 1980;3: 245-257.
24. Conwell, Y. Suicide in elderly patients. In: Schneider, LS, Reynolds CF III, Lebowitz, BD, Friedhoff AJ; eds. *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994: 397-418.
25. Alexopoulos G. Late life mood disorders. In: Sodovoy J, Jarvik L, Grossberg G, Meyers B; eds. *Comprehensive Textbook of Geriatric Psychiatry*, 3rd ed. New York: Norton Company; 2004.
26. Shulman K, Herrman N. Manic syndromes in old age. In: Jacoby R, Oppenheimer C; eds. *Psychiatry in The Elderly*, 3rd ed. NY: Oxford University Press; 2002.
27. Lyketsos CG, Corazzini K, Steele C. Mania in Alzheimer's disease. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 1995; 7: 350-352.
28. Dhingra U, Rabins PV. Mania in the elderly: a 5-7 year follow-up. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 581-583.
29. Howard R. Late onset Schizophrenia and very late onset schizophrenia like psychosis. In: Jacogy R, Oppenheimer C; eds. *Psychiatry in The Elderly*, 3rd ed. NY: Oxford University Pres; 2002.
30. Zorilla L, Jeste D. Late life Psychotic disorders: Nosology and classification. In: Copeland J, Abousaleh M, Blazer D; eds. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, 2th ed. Susex: Wiley; 2002.
31. Zayas E, Grossberg G. Treatment of late onset Psychotic disorders. In: Copeland J, Abousaleh M, Blazer D; eds. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*, 2nd ed. Susex: Wiley; 2002.
32. Leuchter AF, Spar JE. The late onset psychosis. *J Neurv Ment Dis* 1985; 173: 488-494.
33. Howard R Rabins PV Seeman MV. Late onset schizophrenia and very late onset schizophrenia like psychosis: an international consensus. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 173-178.
34. Wragg RE, Jeste DV. Overview of depression and psychosis in Alzheimer's disease. *Am J Psychiat* 1989; 146: 577-587.
35. Rabins PV, Lavriha M. Long term follow-up and phenomenological differences distinguish among late onset schizophrenia, late life depression and progresive demantia. *Am J Geriatric Psychiatry* 2003; 11: 589-594.
36. Flint A. Anxiety disorders. In: Sodovoy J, Jarvik L, Grossberg G, Meyers B; eds. *Comprehensive textbook of geriatric psychiatry*, 3rd ed. New York: Norton Company; 2004.
37. Carmin CN, Pollard CA, Gillock KL. Assessment of anxiety disorders in elderly. In: Lichtenberg P; ed. *Handbook of Assesment of Clinical Gerontology*. New York: Wiley; 1999: 59-90.
38. Le roux H, Gatz M, Wetherel JI. Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *Am J Geriat Psychiatry* 2005; 13: 23-30.
39. Lenze EJ, Mulsant BH, Mohlman J. Generalized anxiety disorder in late life: life time course and comorbidity. *AM J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 77-80.
40. Herrman N, Brenner KE, Naranjo CA . Pharmacotherapy of late life mood disorders. *Clin Neurosci* 1997; 4: 41-47.
41. Bernstein JG. Pharmacologic management of the elderly patient. In: Bernstein JG; ed. *Clinical Psychopharmacology*, 2nd ed. Boston: John Wright-PSG; 1984: 233-256.
42. Lipowski ZJ. Update on delirium. *Psych Clin N Am* 1992; 15: 335-346.
43. McFarland GK, Wasli E, Gerety EK. *Nursing Diagnoses and Process in Psychiatric Mental Health Nursing*, 2nd ed. NewYork: Lippincott-Raven Publishers; 1997: 149.
44. Murray GB. Confusion, Delirium and Dementia. In: Hackett TP, Cassem NH; eds. *Handbook of General Hospital Psychiatry*. Boston: Year Book Medical Publisher; 1987: 84.
45. Tune L. Delirium. In: Coffey E, Cummings J; eds. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*, 2nd ed. Washington, DC: APA Publishing; 2005: 441-452.
46. Edelstein DM, Aharonoff GB, Karp A, et al. Effect of postoperative delirium after hip fracture. *Clin Orthopedics* 2004; 422: 195-200.
47. McCusker J, Cole MG, Dendukuri N, et al. Does delirium increase hospital stay? *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1539-1546.
48. Trzepacz P, Meagher D. Delirium. In: Levenson J; ed. *Textbook of Psychosomatic Medicine*. Washington: APA Publishing; 2005: 91-131.
49. Rahkonen T, Makela H, Paanila S, et al. Delirium in elderly people without severe predisposing disorders: etiology and 1-year prognosis after discharge. *Int Psychogeriatr* 2000; 12: 473-481.
50. McCusker J, Cole M, Dendukuri N, et al. Delirium in older medical inpatients and subsequent cognitive and functional status: a prospective study. *CMAJ* 2001; 165: 575-583.
51. Zakriya KJ, Christmas C, Wenz JF Sr, et al. Preoperative factors associated with postoperative change in confusion assessment method score in hip fracture patients. *Anesth Analg* 2002; 94: 1628-1632.
52. American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with delirium. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (Suppl. 5): 1-20.
53. Abernaty DR. Psychotropic drugs and the aging process: pharmacokinetics and pharmacodynamics. In: Salzman C; ed. *Clinical Geriatric Psychiatry*, 2nd ed. Baltimore, MD: Willims&Wilkins; 1992: 61-76.
54. Flint AJ. Recent developments in geriatric psychopharmacotherapy. *Can J Psychiatry* 1994; 39 (Suppl. 1): S9-S18.
55. Sajatovic M, Madhusoodanan S, Coconcea N. Managing bipolar disorder in the elderly: defining the role of the newer agents. *Drugs Aging* 2005; 22: 39-54.
56. Thal LJ, Grundman M, Klauber MR. Dementia: Characteristics of a referral population and factors associated with progression. *Neurology* 1988; 38: 1083-1090.
57. Rabins PV, Mace NL, Lucas MJ. The impact of dementia on the family. *JAMA* 1982; 248: 333-335.
58. Hedrie HC. Epidemiology of Alzheimer disease. *Geriatrics* 1997; 52: 4-8.
59. Coffey EC, Cummings JL, eds. *The textbook of geriatric neuropsychiatry*, 2nd ed. Washington: American Psychiatry Press; 2000.
60. Copeland JR, Abou- Saleh M, Blazer D; eds. *Principles and The Practice of Geriatric Psychiatry*, 2nd ed. New York: Wiley; 2002.
61. Ballard C, Days S, Sharp S, et al. Neuropsychiatric symptoms in dementia: Importance and treatment considerations *Intl Rev Psychiatry* 2008; 20: 396-404.
62. Wilcock GK, Ballard CG, Cooper JA, et al. Memantine for agitation/aggression and psychosis in moderately severe to severe AD: A pooled analysis of three studies. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 341-348.
63. Thompson S, Herrmann N, Rapoport MJ, et al. Efficacy and safety of antidepressants for treatment of depression in Alzheimer's disease: A metaanalysis. *Can J Psychiatry* 2007; 52: 248-255.
64. Ford DE, Kamerow DB. Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders: an opportunity for prevention? *JAMA* 1989; 262: 1479-1484.
65. Mellinger GD Balter MB, Uhlenhuth EH. Insomnia and its treatment: prevalence and correlates. *Arch Gen Psychiatr* 1985; 42: 225-232.
66. Prinz PN, Vitiello MV, Raskind MA, et al. Sleep disorders and aging. *N Engl J Med* 1990; 323: 520-526.
67. Schenck CH, Bundlie SR, Ettinger MG, et al. Chronic behavioural disorders of human REM sleep: a new category of parasomnia. *Sleep* 1986; 9: 293-308.

68. Alexopoulos GS. Treatment of depression. In: Salzman C; ed. *Clinical Geriatric Psychiatry*, 2nd ed. Baltimore, MD: Williams& Wilkins, 1992: 137-174.
69. Sajatovic M, Kales HC. Diagnosis and management of bipolar disorder with comorbid anxiety in the elderly. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (Suppl. 1): 21-27.
70. Fenn HH, Sommer BR, Ketter TA, et al. Safety and tolerability of mood-stabilising anticonvulsants in the elderly. *Expert Opin Drug Saf* 2006; 5: 401-416.
71. Bains J, Birks JS, Denning TD. Antidepressants for treating depression in dementia. Cochrane Dementia and Cognitive Improvement Group. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 3.
72. Lyketsos CG, DelCampo L, Steinberg M, et al. Treating depression in Alzheimer disease: Efficacy and safety of sertraline therapy, and the benefits of depression reduction: The DIADS. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 737-746.
73. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) Guidance on Depression. Management of depression in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Health and Excellence, 2004. Available at: www.nice.org.uk. Accessed December 12, 2007.
74. Ballard C, Day S., Sharp S, et al. Neuropsychiatric symptoms in dementia: Importance and treatment considerations. *Int Rev Psychiatry* 2008; 20: 396-404.
75. Lyketsos CG, Lee HB. Diagnosis and treatment of depression in Alzheimer's disease. A practical update for the clinician. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2004; 17: 55-64.