

Yatarak tedavi gören geriatrik depresif bozukluk hastalarında klinik değişkenlerin, tedavi direncinin ve yatış süresine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi

Evaluation of clinical variables, treatment resistance and factors affecting the hospital stay duration in geriatric depressive disorders

Selçuk Özdin¹

¹Dr. Öğr. Üyesi., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Ana Bilim Dalı, Samsun, Türkiye <https://orcid.org/0000-0003-1127-1132>

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören geriatrik depresyon hastalarının klinik ve sosyodemografik özellikleri ile yatış süresini etkileyen faktörler değerlendirilmiştir. **Yöntem:** Çalışmada 2009-2019 tarihleri arasında yatarak tedavi gören geriatrik depresyon hastaları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Çalışmaya 76 geriatrik depresyon hastası dahil edilmiştir. Hastaların tedaviye dirençli olup olmamasına ve hastalık başlangıç yaşına göre karşılaştırmalar yapılmıştır. Hastaların yatış sürelerine etki eden faktörler değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya katılan 76 hastanın 44'ünü erkeklerin oluşturduğu bulunmuştur. Hastaların çoğunun (42/76) psikiyatri servisine ilk yatışları olup 20'sinde psikotik özellikli depresif bozukluk düşünülmüştür. Hastaların 10'una EKT uygulanmış, 28'ine Manyetik Rezonans Görüntüleme çekilmiş ve 23'ünde Manyetik Rezonans Görüntüleme beyaz cevher hiperintensiteleri görülmüştür. Taburculuk sırasında 61 hastada antidepresan ile kombine olacak şekilde 41 hastada antipsikotik, 31 hastada benzodiazepin ve yedi hastada duygudurum düzenleyici bir ilaç önerilmiştir. Tedaviye dirençli olan ve psikotik belirtileri olan geriatrik depresif hastalar daha uzun süre hastanede yatarak tedavi görmüştür. Erken ve geç başlangıçlı geriatrik depresyon grupları arasında cinsiyet, yatış süresi, psikotik özellik ve tedavi direnci açısından fark bulunamamıştır. **Sonuç:** Çalışmanın bulgularına göre yatarak tedavi gören geriatrik depresyon hastalarının çoğunun ilk kez psikiyatri servisine yattığı, erken ve geç başlangıcın tedaviye yanıt konusunda farklılık göstermediği, depresif atağın psikotik özellikli olmasının veya tedaviye dirençli olmasının yatış süresini uzatan iki değişken olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Sözcükler: Geriatrik, depresyon, hastane yatışı, yatış süresi, antipsikotik ilaçlar

(*Klinik Psikiyatri Dergisi* 2020;23:456-463)

DOI: 10.5505/kpd.2020.86570

SUMMARY

Objective: In this study, the clinical and sociodemographic characteristics and the factors affecting the duration of hospitalization in geriatric depression patients treated in a university hospital were evaluated. **Method:** Geriatric depression patients who were hospitalized between 2009-2019 were evaluated retrospectively. 76 geriatric depression patients were included in the study. Comparisons were made according to whether patients were resistant to treatment and the age of onset of the disease. Factors affecting the duration of hospitalization were evaluated. **Results:** 44 of 76 patients who participated in the study were male. Most of the patients (42/76) were admitted to the psychiatry clinic for the first time, and 20 of them were considered depressive disorder with psychotic features. ECT was applied to 10 of the patients, 28 of them had Magnetic Resonance Imaging and 23 of them had white matter hyperintensities in Magnetic Resonance Imaging. At the time of discharge, antipsychotics in 41 patients, benzodiazepines in 31 patients, and a mood stabilizer in seven patients were recommended in combination with antidepressants in 61 patients. Geriatric depressive patients who were resistant to treatment or had psychotic symptoms were hospitalized for a longer period of time. There was no difference between early and late onset geriatric depression groups in terms of gender, length of stay, psychotic feature, and treatment resistance. **Discussion:** According to the findings of the study, it was determined that most of the geriatric depression patients who received inpatient treatment were admitted to the psychiatry clinic for the first time, early and late onset did not differ in response to treatment, and the fact that depressive episode had a psychotic feature or was resistant to treatment was two variables that prolonged the hospitalization period.

Key Words: Geriatrics, depression, hospital stay, length of stay, antipsychotic drugs

GİRİŞ

Ortalama yaşam süresinin artması ile beraber 65 yaş üstü nüfus da artmaktadır. 2000 yılında ülkemiz nüfusunun % 5,7'sini oluşturan geriatric popülasyon 2018 yılında ülke nüfusunun % 8,8'ini oluşturmuştur (1). Artan geriatric nüfus ile beraber geriatric dönemdeki psikiyatrik hastalıklarla karşılaşma sıklığının da artması beklenebilir. Geriatric popülasyonda depresif bozukluk görülme sıklığının geriatric olmayan popülasyona göre daha fazla olduğu tahmin edilmektedir (2). Geriatric yaş döneminde sıklıkla depresif belirtiler bulunmaktadır (3). Geriatric çağda depresyon %13,8 sıklıkla görülebilmektedir (4). Geriatric çağdaki depresif bozukluğun ortaya çıkış şekli geriatric dönem öncesindeki depresif bozukluğun tekrarlanması şeklinde olabileceği gibi, geç başlangıçlı depresif bozukluk (late onset depression) olarak adlandırılan 60-65 yaş sonrasında ilk depresif dönemin yaşanması veya genel tıbbi duruma, madde veya ilaca bağlı depresif bozukluk şeklinde de olabilmektedir (5). Geriatric depresyona eşlik eden fonksiyonel işlevsellikte azalma, kognitif süreçlerde bozulma (6), daha ölümcül suid yöntemlerine başvurma (7) ve beyinde artmış yapısal görüntüleme bulguları (8) durumun önemini daha da arttıran faktörlerdir. Geriatric çağ depresif bozukluğunda aynı yaştaki sağlıklı kişilere kıyasla beyin Manyetik Rezonans MRG) görüntülemesinde artmış beyaz cevher hiperintensiteleri vardır (9). Literatürde yapılmış geriatric depresyon çalışmalarına ağırlıklı olarak 65 yaş ve üzeri kişiler dahil edilmiş olmakla beraber 55 veya 60 yaş üzerini dahil eden çalışmalar da mevcuttur.

Geriatric çağda depresyonun tanınması daha zor olmaktadır. Buna bağlı olarak hastaların ancak %35'i antidepresan kullanmaktadır (10). Hastaların tedaviye ulaşamamalarının diğer nedenleri arasında hasta veya hasta yakınlarının depresyon konusunda bilgi sahibi olmamaları, depresyonu yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak görmeleri, stigmatizasyon korkuları ve tabloya yüksek sıklıkta eşlik edebilen fiziksel ve psikiyatrik hastalıklar da sayılabilir. Ayrıca geriatric depresyonda azalmış tedavi uyumu da hastaların düşük oranda antidepresan tedavi almasına katkı sağlamaktadır (11). Hastaların iki yıl takip edildiği bir çalışmada Schaakxs ve ark. (12) geriatric çağdaki depres-

yonun daha genç yaşlarda görülen depresyona göre; remisyona ulaşma süresinin daha uzun olduğunu, iki yıl sonunda daha yüksek sıklıkta distimi veya depresif bozukluk tanısının bulunduğunu, şikayetlerin daha kronik bir seyir izlediğini ve tedavi ile depresyon puanlarında daha az düşüş görüldüğünü tespit etmişlerdir. İleri yaşta görülen depresyonda plaseboya yanıt daha genç yaşlardaki depresyon ile benzerlik göstermektedir (13). Geriatric dönemdeki depresyonda ilk seçenek ilaç tedavisi selektif serotonin gerialım inhibitörleri (SSGİ) ve serotonin noradrenalin gerialım inhibitörleri (SNGİ) olarak bilinmektedir. Tedaviye direnç, ajitasyon veya psikotik belirtilerin olması durumunda antipsikotiklerle kombinasyon önerilmektedir (14).

Bu çalışmada üniversite hastanemizde yatarak tedavi gören geriatric depresif bozukluk hastalarında klinik değişkenlerin, tedavi direncinin ve yatış süresine etki eden faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Aynı zamanda tedaviye dirençli-dirençli olmayan ve erken-geç başlangıçlı geriatric depresyon grupları arasında karşılaştırmalar yapılacaktır. Literatürde geriatric depresyon hastalarının yatış sürecine etki eden faktörler ile ilgili bilgiye ve ülkemizde yatarak tedavi gören geriatric depresyon hastaları üzerinde yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır.

YÖNTEM

Çalışmamıza 01.01.2009-01.01.2019 tarihleri arasında kurumumuzda yatarak tedavi gören 65 yaş üstü, depresif bozukluk tanısı olan hastalar dahil edilmiştir. Hastada eşlik eden kognitif bozukluk olması durumunda ve depresif bozukluk dışında psikiyatrik hastalık olması durumunda hasta çalışmaya dahil edilmemiştir. Kognitif bozukluk tanısı başlıca psikiyatri ve/veya nöroloji doktorunun muayenesine dayandırılmış ve görüntüleme yöntemlerinden de tanı koyulurken destek alınmıştır. Çalışmamızın yapıldığı dönemde 65 yaş üstü 139 hastanın toplam 225 kere hastane yatışı olmuştur. Kognitif bozukluk nedeniyle dokuz hasta, diğer psikiyatrik hastalıklar nedeniyle 54 hasta çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya 76 hasta dahil edilmiştir. Hastaların verileri hastane otomasyon sistemindeki anamnez ve hastane yatış sürecine ait

klirik seyri içeren epikrizlerinden ve hastane dosyalarından edinilmiştir. Hastalar yattıkları dönemdeki yatış dönemi sonunda koyulan tanılarına göre çalışmaya dahil edilmiştir. Bu; ICD kodu olarak F32 ve F33 tanı kodlarından yardım alınarak kolaylaştırılmıştır. Aynı zamanda otomasyon sisteminden hastalara taburculukta önerilen tedaviler de not edilmiştir. Tedaviye dirençli depresyon kriteri olarak iki antidepresana yeterli doz ve süre sonunda yanıt vermemek kullanılmıştır (15). Hastaların mevcut depresif epizodlarının tedaviye dirençli olup olmadığı hastaların anamnez, klinik seyir ve dosyalarından edinilen başlanılan ve bırakılan tedaviler ile bu tedavilerin başlanma veya kesilme nedenleri değerlendirilerek kararlaştırılmıştır. Mevcut epizodda ayakta veya yatarak kullanılan antidepresan tedaviler göz önünde bulundurulmuştur. Geç başlangıçlı depresif bozukluk olarak 65 yaş üstünde ilk depresif atağını geçiren hastalar değerlendirilmiştir. Geriatrik depresyon hastaları kendi içinde 65-69 yaş aralığında olanlar ve >69 yaş olanlar olarak gruplandırılıp karşılaştırmalar da yapılmıştır. Geriatrik depresyon hastalarının yatış sürelerini geriatrik olmayan grupla karşılaştırmak için son üç yılda yatarak tedavi gören 18-64 yaş arasından cinsiyet olarak eşleştirilmiş 76 depresyon hastası alınmıştır. Bunun için grupların cinsiyet olarak eşleşmesi ve yaş dağılımını daha homojen hale getirebilmek için 18-30, 31-40, 41-50, 51-64 yaş aralıklarının her birinden son yatan 11 erkek ve 8

kadın hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışma için kurumumuz Etik Kurulu'ndan 2019/827 karar numarası ile onay alınmıştır.

İstatistik

Kategorik değişkenler arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde Ki Kare Testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirildi. Normal dağılım gösteren bağımsız grupların devamlı değişkenleri arasındaki karşılaştırma için Student T Testi veya Fisher Exact T Testi, normal dağılım göstermeyen bağımsız grupların devamlı değişkenlerinin karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi kullanıldı. Mann Whitney U kullanılan karşılaştırmalarda değişkenler anlama kolaylığı açısından ortalama±SD şeklinde verilmiştir. Değerlendirme için "SPSS for Windows 15.0" istatistik paket programı kullanıldı. Karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi.

BULGULAR

Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de verilmiştir. Verilere göre yatarak tedavi gören geriatrik depresyon olgularının 44'ünü (%57,9) erkekler oluşturmaktadır. Grubun yaş

Tablo 1: Hastaların sosyodemografik ve klinik verileri

Cinsiyet	Erkek	44 (% 57,9)
	Kadın	32 (% 42,1)
Yaş, ort±SD	Erkek	69,00±5,05
	Kadın	69,12±3,99
	Toplam	69,05±4,60
Medeni hal	Evli	57 (%75)
	Bekar	2(%2,6)
	Diğer	17 (%22,4)
65 yaş öncesi yatış	+	34 (% 44,7)
	-	42 (% 55,3)
Psikotik özellik	+	20 (% 26,3)
	-	56 (% 73,7)
EKT uygulaması	+	10 (% 13,2)
	-	66 (% 86,8)
Tedaviye dirençli depresyon	+	22 (% 28,9)
	-	54 (% 71,1)
MRG	+	28 (% 36,8)
	-	48 (% 63,2)
MRG'de beyaz cevher hiperintensiteleri	+	23 (% 82,1)
	-	5 (% 17,9)
Hastaneden çıkış nasıl oldu	Doktor önerisiyle	57 (%75)
	Doktora rağmen	19 (%25)
Taburculukta antidepresan tedaviye ek ilaç	Antipsikotik	42/76 (% 55,2)
	Benzodiazepin	31/76 (% 40,7)
	Duygudurum düz.	7/76 (% 9,2)

Yaş dışındaki değişkenler n (%) olarak verilmiştir.

Tablo 2: Tedaviye dirençli ve dirençli olmayan geriatrik depresyon hastaları arasındaki karşılaştırmalar

		Tedaviye dirençli depresyon (n:22)	Dirençli olmayan depresyon (n:54)	χ^2	P değeri
Cinsiyet	Erkek	14 (%63.6)	30 (%55.5)	0.153	0.696
	Kadın	8 (%36.4)	24 (%44.5)		
Yaş ortalaması		68.77 ± 3.91	69.16 ± 4.89		0.738*
Yaş aralığı	65-69	13 (%59)	37 (%68.5)	0.617	0.432
	>70	9 (%41)	17 (%31.5)		
Çoklu yatış	+	19 (%86.3)	23 (%42.5)	10.408	0.001
	-	3 (%13.7)	31 (%57.5)		
EKT	+	9 (%41)	1 (%1.9)		0.000**
	-	13 (%59)	53 (%98.1)		
Geriatrik dönem öncesi yatış	+	11 (%50)	23 (%42.5)	0.112	0.738
	-	11 (%50)	31 (%57.5)		
Psikotik özellik	+	8 (%36.4)	12 (%22.2)	0.965	0.326
	-	14 (%63.6)	42 (%77.8)		

Yaş dışındaki değişkenler n (%) olarak verilmiştir. *: Student T testi. **: Fisher Exact Test

ortalaması 69,05±4,60'dır. Hastaların çoğunun (n:42, %55,3) psikiyatri servisine ilk yatışları olup 34 hasta 65 yaş öncesinde de psikiyatri servisine yatarak tedavi olmuşlardır. Hastaların 20'sinde psikotik özellikli depresif bozukluk vardır. Hastaların 10'una EKT uygulanmış, 28'ine MRG çekilmiştir. Yirmi sekiz hastanın 23'ünde MRG'de beyaz cevher hiperintensiteleri görülmüştür. Hastaların 22'si (%28,9) tedaviye dirençli depresyon olarak değerlendirilmiştir. Tedavileri devam ederken 19 hasta (n: %25) kendisi veya yakınının isteği ile taburcu edilmiştir. Taburculuk sırasında 14 hastaya yalnızca antidepresan, bir hastaya yalnızca antipsikotik önerilmiştir. Geri kalan 61 hastada ise antidepresan ile kombine olacak şekilde 41 hastada antipsikotik, 31 hastada benzodiazepin ve yedi hastada duygudurum düzenleyici bir ilaç önerilmiştir.

Tedaviye dirençli geriatrik depresyon hastaları ile dirençli olmayan hastalar arasında cinsiyet (p: 0,696), yaş ortalaması (p: 0,738), yaş aralıkları (p: 0,432), geriatrik dönem öncesinde hastane yatışı (p: 0,738) ve psikotik özellik olup olmaması (p: 0,326)

açısından anlamlı fark bulunamamıştır. Dirençli depresif bozukluk olan hastaların geriatrik dönemde daha çok hastane yatışının (p: 0,001) olduğu ve bu hastalara daha sık EKT (p: 0,000) uygulandığı bulunmuştur (Tablo 2).

Geç başlangıçlı depresyon hastaları ile daha erken başlangıçlı depresyon (early onset depression) hastaları arasında cinsiyet (p: 0,431), tedaviye direnç (p: 0,556), psikotik özellik (p: 0,308), MRG'de beyaz cevher hiperintensiteleri (p: 0,330) ve yatış süresi (p: 0,285) açısından fark bulunamamıştır. Geç başlangıçlı depresif bozukluk hastalarında yaş ortalaması (0,005) daha büyük bulunmuştur (Tablo 3).

Yatış süresini etkileyebilecek faktörler incelendiğinde; cinsiyetin (p: 0,639), yaş aralığının (p: 0,939), taburculuk şeklinin (p: 0,349), anti-psikotik ve benzodiazepin kullanımının (sırasıyla p: 0,450, p:0,878) geriatrik depresyon hastalarında hastanede yatış süresini etkilemediği bulunmuştur.

Tablo 3: Geiatrik depresyon vakalarının ilk atak başlangıç yaşına göre karşılaştırılması

		Geç başlangıçlı depresyon (≥65 yaş) (n:42)	Erken başlangıçlı depresyon (<65 yaş) (n:34)	P değeri
Yaş (ort±SS)		70,35±5,25	67,44±3,01	0,005
Cinsiyet	E	26	18	0,431
	K	16	16	
Tedaviye dirençli depresyon	+	11	11	0,556
	-	31	23	
Psikotik özellik	+	13	7	0,308
	-	29	27	
MRG'de beyaz cevher hiperintensitesi	+	13	10	0,330
	-	4	1	
Yatış süresi (ort±SS)		30,44±21,63	25,19±20,73	0,285

Yaş ve yatış süresi dışındaki değişkenler n (%) olarak verilmiştir.

Tablo 4: Yatış süresinin farklı değişkenlere göre incelenmesi

		Yatış süresi (ort±SD)	MU	P değeri
Cinsiyet	Erkek	28,02±21,36	659,500	0,639
	Kadın	26,87±21,20		
Yaş aralığı	65-69	27,10±20,65	643,000	0,939
	>69	28,38±22,49		
Tedavi direnci	+	40,54±27,03	340,500	0,004
	-	22,24±15,66		
Psikotik belirti	+	33,30±18,44	357,500	0,017
	-	25,48±21,83		
Taburculuk şekli	Kendi isteği ile	28,56±21,47	463,500	0,349
	Doktor isteği ile	24,47±20,44		
Benzodiazepin kullanımı	+	25,87±18,42	683,00	0,878
	-	28,68±22,98		
Antipsikotik kullanımı	+	28,83±21,71	637,500	0,450
	-	25,84±20,63		
Yaş grubu	>65	27,53±21,16	2701,500	0,492
	<65	24,89±19,00		

MU: Mann Whitney U

Geriatrik depresif bozukluk ve geriatrik olmayan depresif bozukluk grupları arasında yatış süresi açısından (p: 0,492) fark bulunamamıştır. Tedaviye dirençli (p: 0,004) veya psikotik belirtileri olan (p: 0,017) hastaların daha uzun süre hastanede yatarak tedavi gördüğü saptanmıştır (Tablo 4).

TARTIŞMA

Çalışmamız örnekleminin çoğunu (%57,9) erkek hastalar oluşturmaktadır. Hastaların %55,3'ü ilk depresif bozukluk ataklarını geriatrik dönemde yaşamışlardır. Popülasyonun %28,9'u tedaviye dirençli olarak değerlendirilmiştir. Tedaviye dirençli depresif bozukluk hastalarının geriatrik dönemde daha çok ve uzun süre hastaneye yattığı bulunmuştur. Aynı zamanda EKT uygulanan hastaların neredeyse tamamı (9/10) tedaviye dirençli hastalardan oluşmaktaydı.

Çalışmamızın aksine birçok çalışmada geriatrik depresif bozukluk hastalarının çoğunu kadın hastalar oluşturmaktadır. Aynı zamanda kadınlarda geriatrik çağda depresif bozukluğun görülme sıklığı daha yüksektir (5). Bu farklılığın nedeni çalışmamıza sadece yatarak tedavi gören geriatrik depresif bozukluk vakalarının alınmış olması olabilir.

Geriatrik dönem öncesi depresif bozukluğu olup geriatrik dönemde depresyonu tekrarlayan hastaların %65,9'unda MRG'de saptanabilen

beyaz cevher hiperintensiteleri, geç başlangıçlı depresif bozukluk hastalarında %93,7 sıklığa ulaşabilmektedir (16). Geç başlangıçlı depresyonda erken başlangıçlı depresyona göre dört kat artmış oranda beyaz cevher hiperintensiteleri saptanma olasılığı vardır (17). Beyaz cevher hiperintensiteleri yerleşim yerlerine göre depresif semptomlar ile ilişkili olabilmektedir (18). Bu lezyonların vasküler hastalıklara ikincil olarak geliştiği, altta yatan vasküler risk faktörlerine işaret ettiği bilinmektedir (19). Çalışmamızda da geriatrik depresyonun etyolojik açıklamalarından birisi olan vasküler depresyonu destekler nitelikte MRG çekilen hastaların %82,1'inde beyaz cevher hiperintensiteleri tespit edilmiştir. Erken ve geç başlangıçlı depresyon grupları arasında MRG'de görülen beyaz cevher hiperintensiteleri açısından fark bulunamamıştır. Bunun nedeni MRG çekilen hasta sayısının her iki grupta (geç başlangıçlı depresyon grubunda 17/42, erken başlangıçlı depresyon grubunda 11/34) da görece az sayıda olması olabilir.

Geriatrik depresyonun başlangıç yaşı baz alındığında özel bir formu olan geç başlangıçlı depresyon ilk depresif atağın 65 yaşın üzerinde görülmesidir. Geç başlangıçlı depresyon; ilk depresif atağın daha genç yaşta görüldüğü ve geriatrik dönemde tekrarladığı erken başlangıçlı depresyondan klinik ve etyolojik açısından farklılık gösterebilen bir bozukluktur (20). Bu grubun erken başlangıçlı depresyondakilere göre kognitif olarak daha kötü performans gösterdiği, daha fazla vasküler risk faktörü taşıdıkları (21), fonksiyonel görüntüleme yöntemlerinde özellikle merkezi kortikal aktivitede farklılık gösterdikleri (22) bilinmektedir. Bu durumun altta yatan vasküler veya nörodejeneratif bir sürecin yansıması olduğu düşünülmektedir (23). Ancak geç başlangıçlı ve erken başlangıçlı geriatrik depresyon vakalarının fenomenolojik farklılıklarının az olduğu (24), klinik gidiş olarak benzerlik gösterdikleri bulunmuştur (25). Erken ve geç başlangıçlı depresyonda atak sürelerinin, tedaviye direnç ve psikotik özellik görülme oranlarının benzer olduğu gösterilmiştir (20). Bu nedenle her ne kadar etyolojik farklılıklar olsa da çalışmamız sonucunda da bulunduğu gibi her iki geriatrik depresyon formu arasında tedavi gidişatı açısından fark olmayabileceği düşünülmüştür. Önceki çalışmalara (26) benzer

şekilde çalışmamızda da geriatrik depresif bozukluk vakalarının çoğunun geç başlangıçlı depresif bozukluk (>65 yaş) olduğu bulunmuştur.

Psikotik özellikli depresif bozukluk geriatrik çağdaki depresyonların yaklaşık %37'sini oluşturmaktadır. Psikotik özellikli depresif bozuklukta hastalık şiddeti melankolik ve melankolik olmayan depresyona göre daha fazladır (27). Psikotik özellikli depresif bozuklukta antidepresan tedaviye antipsikotik tedavi eklenmesi önerilmektedir (14). Psikotik özellikli geriatrik depresif bozukluğu olan hastaların hastalık süreleri daha uzun olmaktadır (28). Bu nedenle psikotik özellikli depresif bozukluğu olan geriatrik hastaların daha uzun süre yatması beklenen bir durumdur.

Geriatrik depresif bozuklukta 1/3 oranda tedaviye direnç olabilmektedir (29). Yapılan birçok çalışmada tedaviye direnç açısından geriatrik grup ile geriatrik olmayan grup arasında fark bulunamamıştır (30). STAR-D çalışmasında depresyonda olan hastaların 1/3'nin tedaviler sonucunda bile semptomatik olduğu bildirilmiştir (31). Tedaviye dirençli geriatrik depresyonda antidepresanlar kombine edilebilmekte, tedaviye antipsikotikler veya lityum eklenebilmekte veya EKT tedavisi uygulanabilmektedir (32). Tekrarlayan depresif atakları olan geriatrik depresyon hastalarında kombinasyon tedavisine daha sık başvurulmaktadır (33). EKT geriatrik dönemde hızlı antidepresan etki gösteren, etkili ve güvenli bir yöntem olarak bilinmektedir (34). EKT'ye yanıt geriatrik depresif bozukluk hastalarında genç hastalara göre daha iyi olmaktadır (35). Çalışmamızda da %28,9 sıklıkta tedaviye direnç saptanmış olup, hastaların çoğuna antidepresan tedavi yanına başka bir antidepresan tedavi, antipsikotik, benzodiazepin veya duygudurum düzenleyici eklenmiştir. Sık (61/76) kombine tedavi kullanımı geriatrik depresyonun etyolojik zenginliğine bağlı semptomatolojisinde de çeşitlilik olmasının (32) bir sonucu olabilir. Tedaviye dirençli hastaların daha çok hastane yatışı ve daha fazla EKT uygulanması beklenebilecek bulgulardır.

Geriatrik depresyonda antidepresan tedaviye yanıtın geriatrik olmayan gruptan farklı olmadığı bilinmektedir (25). Ancak antidepresan tedaviye

verilen yanıtlar çalışma yöntemine göre farklılık gösterebilmekte olup ileri yaşta antidepresan tedaviye verilen yanıtın azaldığını belirten çalışmalar da mevcuttur (13). Depresyon için önerilen tedavi seçenekleri her iki grup arasında benzerdir. Çalışmamızda geriatrik ve geriatrik olmayan depresif bozukluk hastalarının yatış süreleri açısından aralarında farklılık saptanmaması antidepresan tedavinin her iki grupta da tedavi etkinliğinin benzer olabileceğini gösterebilir.

Çalışmanın kısıtlılıklarından bir tanesi sadece yatan hastalar üzerinde uygulanmış olmasıdır. Bu nedenle sonuçları tüm geriatrik depresyon hastalarına genellemek güçtür. Hastalık şiddeti açısından bir değerlendirme yapılmamış olması ve çalışma dizaynının da retrospektif olması çalışmanın diğer kısıtlılıklarıdır. Geriatrik çağda eşlik edebilecek hipertansiyon, diabetes mellitus, koroner arter hastalığı gibi nispeten sık görülen komorbid durumların etkilerinin dikkate alınması gerekirdi. Geriatrik olmayan depresif bozukluk hastaları her ne kadar cinsiyet açısından eşleştirilmiş olsa da, tedaviye direnç, psikotik özellik veya hastalık şiddeti gibi değişkenler açısından geriatrik depresif bozukluk hastaları ile eşleştirilmemiş olması da çalışmanın bir kısıtlılığıdır.

SONUÇ

Bu çalışma sonucunda yatarak tedavi gören geriatrik depresyon hastalarının çoğunun ilk kez psikiyatri servisine yattığı, erken ve geç başlangıcın tedaviye yanıt konusunda farklılık göstermediği, klinik tabloya yüksek sıklıkta beyaz cevher hipertansiyonlarının eşlik ettiği, depresif atağın psikotik özellikli olmasının veya tedaviye dirençli olmasının yatış süresini uzatan iki değişken olduğu belirlenmiştir.

Yazışma Adresi: Dr. Öğr. Üyesi Selçuk Özdin, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye selcukozdin@yahoo.com

KAYNAKLAR

1. Türkiye İstatistik Kurumu. <http://www.tuik.gov.tr/Start.do> Erişim tarihi: Ocak 02, 2020.
2. Ellison JM, Kyomen HH, Harper DG. Depression in later life: an overview with treatment recommendations. *Psychiatr Clin North Am* 2012; 35:203-29.
3. İlhan M, Maral I, Kitapçı M, Aslan S, Çakır N, Bumin MA. Yaşlılarda Depresif Belirtiler ve Bilişsel Bozukluğu Etkileyebilecek Etkenler. *J Clin Psy* 2006; 9:177-184
4. Kim JM, Stewart R, Kim JW, Kang HJ, Bae KY, Kim SW, Shin IS, Yoon JS. Changes in pro-inflammatory cytokine levels and late-life depression: A two year population based longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology* 2018;90:85-91.
5. Aziz R, Steffens DC. What are the causes of late-life depression? *Psychiatr Clin North Am* 2013; 36:497-516.
6. Morin RT, Gonzales MM, Bickford D, Catalinotto D, Nelson C, Mackin RS. Impaired Financial Capacity in Late-Life Depression: Revisiting Associations with Cognitive Functioning. *J Int Neuropsychol Soc* 2019; 6:1-6.
7. Crestani C, Masotti V, Corradi N, Schirripa ML, Cecchi R. Suicide in the elderly: a 37-years retrospective study. *Acta Biomed* 2019; 90:68-76.
8. Droppa K, Karim HT, Tudorascu DL, Karp JF, Reynolds CF, Aizenstein HJ, Butters MA. Association between change in brain gray matter volume, cognition, and depression severity: Pre- and post- antidepressant pharmacotherapy for late-life depression. *J Psychiatr Res* 2017; 95:129-134.
9. Wang J, Li W, Yue L, Hong B, An N, Li G, Xiao S. The Study of White Matter Hyperintensity (WMH) and Factors Related to Geriatric Late-Onset Depression. *Shanghai Arch Psychiatry* 2018; 30:12-19.
10. Steffens DC, Skoog I, Norton MC, Hart AD, Tschanz JT, Plassman BL, Wyse BW, Welsh-Bohmer KA, Breitner JC. Prevalence of depression and its treatment in an elderly population: the Cache County study. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57:601.
11. Park M, Ünützer J. Geriatric depression in primary care. *Psychiatr Clin North Am* 2011; 34:469-487.
12. Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, Kok RM, Beekman ATF, Penninx BWJH. Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study. *Lancet Psychiatr* 2018; 5:581-590.
13. Tedeschini E, Levkovitz Y, Iovieno N, Ameral VE, Nelson JC, Papakostas GI. Efficacy of antidepressants for late-life depression: a meta-analysis and meta-regression of placebo-controlled randomized trials. *J Clin Psychiatry* 2011;72:1660-1668.
14. Alexopoulos GS. Pharmacotherapy for late-life depression. *J Clin Psychiatry* 2011 ;72:e04.
15. Gaynes BN, Lux L, Gartlehner G, Asher G, Forman-Hoffman V, Green J, Boland E, Weber RP, Randolph C, Bann C, Coker-Schwimmer E, Viswanathan M, Lohr KN. Defining treatment-resistant depression. *Depress Anxiety*. 2019. doi: 10.1002/da.22968.
16. Fujikawa T, Yamawaki S, Touhouda Y. Incidence of silent cerebral infarction in patients with major depression. *Stroke* 1993; 24:1631-1634.
17. Herrmann LL, Le Masurier M, Ebmeier KP. White matter hyperintensities in late life depression: a systematic review. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2008; 79:619-624.
18. Leeuwis AE, Weaver NA, Biesbroek JM, Exalto LG, Kuijff HJ, Hooghiemstra AM, Prins ND, Scheltens P, Barkhof F, van der Flier WM, Biessels GJ; TRACE-VCI study group. Impact of white matter hyperintensity location on depressive symptoms in memory-clinic patients: a lesion-symptom mapping study. *J Psychiatry Neurosci* 2019; 44:E1-E10.
19. de Havenon A, Meyer C, McNally JS, Alexander M, Chung L. Subclinical Cerebrovascular Disease: Epidemiology and Treatment. *Curr Atheroscler Rep* 2019; 21:39.
20. Dols A, Bouckaert F, Sienaert P, Rhebergen D, Vansteelandt K, Ten Kate M, de Winter FL, Comijs HC, Emsell L, Oudega ML, van Exel E, Schouws S, Obbels J, Wattjes M, Barkhof F, Eikelenboom P, Vandenbulcke M, Stek ML. Early- and Late-Onset Depression in Late Life: A Prospective Study on Clinical and Structural Brain Characteristics and Response to Electroconvulsive Therapy. *Am J Geriatr Psychiatry* 2017; 25:178-189.
21. Hashem AH, Nasreldin M, Goma MA, Khalaf OO. Late versus Early Onset Depression in Elderly Patients: Vascular Risk and Cognitive Impairment. *Curr Aging Sci* 2017;10:211-216.
22. Li J, Gong H, Xu H, Ding Q, He N, Huang Y, Jin Y, Zhang C, Voon V, Sun B, Yan F, Zhan S. Abnormal Voxel-Wise Degree Centrality in Patients With Late-Life Depression: A Resting-State Functional Magnetic Resonance Imaging Study. *Front Psychiatry* 2020; 10:1024.
23. Papazacharias A, Logroscino G, Barulli MR, Nardini M. Late life depression and late onset depression: are the same clinical and pathophysiological picture? *Psychiatr Danub* 2010; 22 (Suppl 1):108-10.
24. Janssen J, Beekman AT, Comijs HC, Deeg DJ, Heeren TJ. Late-life depression: the differences between early- and late-onset illness in a community-based sample. *Int J Geriatr Psychiatry* 2006; 21:86-93.
25. Mitchell AJ, Subramaniam H. Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. *Am J Psychiatry* 2005; 162:1588-1601.
26. Gallagher D, Mhaolain AN, Greene E, Walsh C, Denihan A, Bruce I, Golden J, Conroy RM, Kirby M, Lawlor BA. Late life depression: a comparison of risk factors and symptoms according to age of onset in community dwelling older adults. *Int J Geriatr Psychiatry* 2010; 25:981-987.
27. Parker G, Snowdon J, Parker K. Modelling late-life depression. *Int J Geriatr Psychiatry* 2003; 18:1102-1109.
28. Benazzi F. Psychotic late-life depression: a 376-case study. *Int Psychogeriatr* 1999; 11:325-332.
29. Agudelo C, Aizenstein HJ, Karp JF, Reynolds CF. Applications of magnetic resonance imaging for treatment-resistant late-life depression. *Dialogues Clin Neurosci* 2015; 17:151-169.

30. Knöchel C, Alves G, Friedrichs B, Schneider B, Schmidt-Rechau A, Wenzler S, Schneider A, Prvulovic D, Carvalho AF, Oertel-Knöchel V. Treatment-resistant Late-life Depression: Challenges and Perspectives. *Curr Neuropharmacol* 2015; 13(5):577-91.
31. Gaynes BN, Rush AJ, Trivedi MH, Wisniewski SR, Spencer D, Fava M. The STAR*D study: treating depression in the real world. *Cleve Clin J Med* 2008; 75(1):57-66.
32. Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. *Transl Psychiatry* 2019; 9:188.
33. Driscoll HC, Basinski J, Mulsant BH, Butters MA, Dew MA, Houck PR, Miller MD, Pollock BG, Stack JA, Schlermitzauer MA, Reynolds CF. Late-onset major depression: clinical and treatment-response variability. *Int J Geriatr Psychiatry* 2005; 20(7):661-667.
34. Geduldig ET, Kellner CH. Electroconvulsive Therapy in the Elderly: New Findings in Geriatric Depression. *Curr Psychiatry Rep* 2016; 18(4):40.
35. Flint AJ, Gagnon N. Effective use of electroconvulsive therapy in late-life depression. *Can J Psychiatry* 2002; 47(8):734-741.