

Yaşlılarda distimik bozukluk ve kronik minör depresyon

Çiçek HOCAOĞLU¹

ÖZET

Yaşlı nüfusun toplum içindeki oranının giderek artıyor olması, kaçınılmaz bir şekilde yaşlılık sorunlarını öne çıkarmaktadır. Hiç kuşku yok ki, yaşlılık dönemi sorunları arasında ruhsal bozukluklar önemli bir yer tutmaktadır. Toplum çalışmaları ve klinik gözlemlerde de yaşlılık döneminde major depresyon tanı ölçütlerini tam olarak karşılamayan depresif bozuklukların (kronik minör depresyon ve distimik bozukluk) oldukça fazla olduğu bildirilmektedir. Bu nedenle yaşlı insanların yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen bu depresif semptomların ayrıca ele alınması ve farklı tedavi yaklaşımları içinde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu amaçla konu ile ilgili çalışmalar gözden geçirilmiştir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000; 1(3):174-179)

Anahtar Sözcükler: Distimik bozukluk, kronik minör depresyon, yaşlılık dönemi,

Dysthymic disorder in elderly period and minor depression

SUMMARY

The fact that the proportion of old people is rising, is bringing inevitable elderly period problems. Psychiatric disorders take a great place in these problems. Dysthymic disorder and chronic minor depression which do not represent major depression criteria are reported in public studies and clinical surveys for elderly period. That influences the life standards negatively and this is the reason for evaluating these depressive symptoms differently. The related studies have been evaluated for this aim. (*Anatolian Journal of Psychiatry*, 2000, 1(3):174-179)

Key Words: Dysthymic disorder, chronic minor depression, elderly period,

Giriş

Quetzal kitaplar³ Adem'in 900 yıl yaşadığını söyler. Ama torunları o kadar şanslı olmadığından, ortaçağda ortalama insan ömrü 40'lı yaşlara kadar düştü. 20. yüzyılın başlarında bile ortalama insan ömrü 45 yıldır. Son 50 yılda tıp ve genetik alanlarındaki başdöndürücü gelişmeler, beslenme ve hijyenik koşulların iyiye gitmesi, enfeksiyonlarla başarılı mücadele

insan ömrünü üçte iki oranında uzattı. Örneğin, Kuzey Avrupa, Japonya ve ABD'de ortalama insan ömrü erkeklerde 72'ye, kadın-larda 75'e kadar çıktı. Bu arada demografik istatistikler gelişmiş toplumlarda 2030 yılında yaşlı nüfusun toplam nüfusa oranının % 64.6'ya yükseleceğini gösteriyor.¹ Bu durum insanlığın (özellikle gelişmiş ülke-lerin) gündemine yeni bir sorun eklenme-sine neden oldu: Yaşlılar.

¹Öğr.Gör., Karadeniz Teknik Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri ABD, Trabzon.
Dr. Çiçek HOCAOĞLU, KTÜ Tıp Fak. Psikiyatri ABD, 61080 Trabzon
Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2000; 1(3):174-179

Bakımları, psikolojik ve fiziksel hastalıkları ile ülke ekonomisine büyük yük getiren yaşlılar, bir yandan da sosyokültürel sorunları ile modern toplumların gündeminden inmiyorlar. Çünkü yaşamın bu üçüncü diliminden kaçış yok. Yaşlanmayı durdurmak en azından şimdilik mümkün olmadığına göre doğumdan başlayarak bu döneme hazırlanmak ve mutlu, sorunsuz bir yaşlılık geçirmek bu dönemde ortaya çıkan ruhsal ve fiziksel hastalıkları tanımak gereklidir. Fiziksel açıdan bakıldığında yaşlılıkta en sık rastlanan hastalıklar osteoporoz, osteoartroz ve arterioskleroz iken ruhsal açıdan ise en büyük sorunların demans ve depresyon olduğunu görüyoruz. Çocukların aileden kopması, eşlerden birinin ölümü ya da emeklilikle birlikte iş hayatından uzaklaşma bireyi yalnızlığa iten en önemli etkenler kişinin işe yaramazlık ve yalnızlık duygularına kapılarak hızlı bir çöküş dönemine girebilmesine neden olabilmektedir. Depresyona giren yaşlıların major depresyondan daha çok major depresyon tanısı için gerekli semptomların hepsini tam olarak karşılamayan depresif semptomlarla birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlara başvurdıkları bilinmektedir. Genel tıp uygulayıcılarının en sık karşılaştıkları sağlık sorunlarından olan bu depresif semptomlar 65 yaş ve üstündeki popülasyonda geçici fakat tekrarlayıcı olduğundan, hastaları intihara kadar götürebileceğinden çok iyi tanınmalıdır. Bu depresif semptomlar için farklı tanı ölçütlerine ihtiyaç duyuldu. ICD-9'da tekrarlayan duygudurum bozukluğu, nevroitik depresyon, depressif kişilik, DSM-IV'te distimik bozukluk, yine DSM-IV'te başka türlü adlandırılmayan depresif bozukluk ana başlığı altında minor depresif bozukluktan söz edilmiştir. DSM-IV'ün ek olarak yayınlanan bölümünde minor depresyon için en az 2 hafta ya da daha fazla süren depresif epizodların olup 8 major depresyon tanı kriterlerinden en az 3'ünün bulunmasının gerekliliği belirtilmektedir.

DSM-IV'te verilen distimik bozukluğun tanı ölçütleri şunlardır:

A. Kişinin kendisinin bildirdiği ya da yakınlarının ifadesine göre en az 2 yıl hemen her gün yaklaşık gün boyu süren depresif duygu durumunun olması,

B. Kişi depresyonda iken aşağıdakilerden 2 ya da daha fazlasının bulunması.

1. İştahsızlık ya da aşırı yemek yeme
2. Uykusuzluk ya da aşırı uyku
3. Düşük enerji düzeyi ya da yorgunluk
4. Düşük benlik saygısı
5. Düşüncelerini yoğunlaştırma güçlüğü ya da karar vermede güçlük
6. Umutsuzluk duyguları

DSM-IV'te distimik bozukluk bütünüyle tanımlanmış olmasına rağmen minör depresyon ek bölümde yer almış ve major depresyon ölçütlerine gönderme yapılarak ele alınmıştır. Buna göre minör depresyon, en az iki hafta süren ve major depresyonun sekiz semptomundan en az üçünün bulunması durumudur. Şu anda kullanılan tanı ölçütleri ile distimik bozukluk ve kronik minor depresyonun kesin sınırlarını koymak, onları duygudurum bozukluklarından -örneğin, bipolar ya da unipolar bozukluktan ayırıcı tanısını yapmak güçtür. Yaşam boyunca oldukça sık görülen bu depresif semptomlar farklı bir adlandırma yapılmadan önce klinisyenlerce ciddi duygudurum bozuklukları ya da kişilik bozuklukları içinde değerlendirilmekteydiler. Genetik ve biyolojik göstergeleri içeren deneysel çalışmalar, tedaviye verilen yanıtlarla ilgili istatistiksel çalışmalar, kültürel ve bireysel farklılıklar da ele alındığında bu semptom kümelerinin diğer tanı ölçütlerinden farklı sınıflandırmalar içinde değerlendirilmesi gerektiğini ortaya çıkardı. Böylece distimik bozukluk ve minor depresyonun farklı epidemiyolojisi, risk faktörleri araştırılmaya, tedavide uygun objektif yöntemler aranmasına başlandı.

Epidemiyoloji

Genel popülasyonda görülen depresif semptomlar yüksek oranda major depresyon tanısı ile birliktedir. Ancak tüm depresif semptomların daha önce de belirtildiği gibi major depresyon tanısı ile değerlendirilmesi mümkün değildir. Yaşlılık dönemindeki depresif semptomların prevalansını gösteren çalışmalarda tanı için kullanılan gereçlere bağlı olarak değişmekle birlikte, yaşlı nüfusta % 1-3'lük major depresyon oranına karşılık, % 10-35 oranında anlamlı depresif semptomların olduğu bildirilmektedir.² Bu çalışmalara göre yaşlılık

Dönemindeki yaşam kalitesindeki bozulmadan majör depresyon % 3 oranında sorumlu tutulmuştur. Örnek olarak Small'un bildirdiğine göre Stewart ve ark. (1992) Kuzey Carolina'da yaşayan yaşlılarda majör depresyonun prevalansının % 1'den az iken, 60 yaş ve üstü grupta distimik bozukluğun prevalansının % 1.6, duygudurum bozukluğu ile birlikte olan minor depresyonun prevalansının % 4.5, duygudurum bozukluğu ile birlikte olmayan minor depresyonun prevalansının % 25.6 olduğunu saptamışlardır.¹ Elde edilen sonuçlar ileri yaş gruplarındaki depresif semptomlarının önemini ortaya koymak için yeterli değildir. Çünkü, depresif semptomların prevalansını araştırmak için daha geniş çalışma gruplarına, majör depresyon ile distimik bozukluklu olguların objektif değerlendirme için özenli seçilmiş karşılaştırma gruplarına ihtiyaç vardır. Yine konu ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda çok sayıda kişinin yaşamının bir döneminde her iki bozukluğun tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan depresif epizodlar yaşadığı da bildirilmektedir.¹⁻³ Small'un bildirdiğine göre, Broadhead ve ark. (1990) bazı kişilerde minor depresyona benzer fonksiyonel bozulmaya yol açan ancak minor depresyon tanısını tam karşılamayan, mevcut durumun majör depresyon ile de açıklanamayan depresif semptomlar olduğunu göstermişlerdir.¹ Devenand ve ark. (1994), gezici mental sağlık kliniğinde tedavi gören 60-92 yaşları arasındaki olguların % 18'inin distimik bozukluk tanısı aldıklarını saptamışlardır.⁴ Ancak pek çok çalışmada, distimik bozukluk ve minor depresyonun benzer fonksiyonel bozulmalara yolaçtığı ve bu durumdaki kişilerin tıbbi servislere majör depresyonu olanlardan daha sık başvurduğu, daha fazla tedavi arayışı içinde oldukları gösterilmiştir.⁵⁻⁸ Majör depresyon ile ilgili risk faktörleri bulunmadan distimik bozukluk ortaya çıkabilir ve strese neden olan yaşam olayları distimik bozukluğun başlangıcında önemli bir etken olabilir.^{9,10} Bu durum, Devenand'ın distimik bozukluğun yaşlı kişilerde özel bir sendrom olarak ele alınması görüşü ile uyumludur.

Risk faktörleri

Yaşlılık döneminde görülen majör depresyon, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2000; 1(3):174-179

minor depresyon ve distimik bozukluğun risk faktörleri benzerlikler göstermektedir. Aynı şekilde majör depresyon ile minor depresyona ait risk faktörlerinin birbirine benzediği (yalnızlık, dul ya da evli olmamak, başatme mekanizmalarındaki yetersizlik gibi) pek çok çalışmada bildirilmiştir.¹¹⁻¹⁵ Devenand (1994) çalışmasında, distimik bozukluğuna ait risk faktörlerinin majör depresyona ait risk faktörlerinden farklı olduğunu göstermesine rağmen, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin aynı yılda yaptığı çalışmalarda distimik bozukluk ile majör depresyonun risk faktörlerinin benzer olduğunu tespit etmişlerdir. Biyolojik faktörlerle (örneğin, uykunun REM dönemindeki değişiklikleri) ilgili olarak yapılan çalışmalarda majör depresyon ve distimik bozuklukta benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bununla birlikte distimik bozukluk her iki cinsiyette eşit sıklıkta görülmesi ve diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte olmaması ile majör depresyon ve minor depresyondan ayrılır.

Tedavi

Distimik bozukluğun ve/veya minor depresyonun tedavisi 3 bölümde ele alınabilir:

1. Farmakoterapi
2. Psikoterapi
3. Psikososyal yaklaşımlar

Literatürde her iki bozukluğa özgü etkili tedavi ile ilgili olarak henüz bir fikir birliği mevcut değildir. Çok az sayıda yapılan çalışmalarda distimik bozukluğa ait özel tedavi modelleri sunulmuştur. Örneğin, Small'un bildirdiğine göre Stewart ve ark. (1992) ayaktan tedavi gören ve Hamilton Depresyon Ölçeği puanı 10 ya da daha düşük, minor depresyonu olan 400'den çok olguyla yaptıkları imipramin ve fenelzin ile plasebo kontrollü çalışmalarında, plaseboya üstünlüklerini göstermişlerdir.¹ Buna ek olarak Katona'nın bildirdiğine göre, Paykel ve ark. (1988) birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran ciddi depresif semptomları olan olgularla, daha ılımlı depresif semptomları olan olguların amitriptilin tedavisine verdikleri yanıtlarını karşılaştırmışlar ve ciddi semptomları olan grupta amitriptilin daha etkili olduğu sonucuna varmışlardır.⁶ Minor depresyon ve/veya distimik bozukluk tedavisi ile ilgili en etkili antidepresanlar konusundaki

tedavisi ile ilgili en etkili antidepresanlar konusundaki bilgiler oldukça yetersizdir.¹⁶ Bu nedenle klinisyen hastanın bireysel özelliklerini -mevcut tıbbi durumu- ve klinik özelliklerini gözönünde bulundurarak en uygun antidepresan ilacı reçete edecektir. Dört kategoride yer alan antidepresanlar farmakoterapide ilk seçenektirler. Antidepresan ilaçlardan olan seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) ve tek sistem üzerinden ikili etki gösteren trazodon ve nefazodon yan etki profilleri ve güvenilirlikleri açısından yaşlı hastalarda ilk tercih edilenlerdir. En çok bilinen SSRI'lar fluoksetin, paroksetin ve sertralindir. Her iki gruptaki ilaçlar bazı hedef semptomlar üzerine oldukça etkilidirler.¹⁶ Örneğin, uyku düzensizliği çok belirgin olan distimik bozukluk ve/veya minor depresyonda düşük dozda nefazodon ya da trazodon başlanabilir. Nefazodon 50 mg/gece oral olarak başlanır ve giderek artırılabilir. Hastanın toleransına göre 150 mg/gün oral doza çıkılabilir. Trazodon ise 25-50 mg/gece oral dozu ile başlanır, giderek artırılarak 100-150 mg/gün dozuna çıkılabilir. Bu dozlar yeterli olmakla birlikte hastanın durumuna göre ayarlanabilir. Eğer hastada obsesif düşünceler ön planda ise, fluoksetin 10 mg/gün dozunda tercih edilen ilaçtır.¹⁷ Tedavide en çok ilgi uyandıran konulardan olan ajitasyon ön planda ise, paroksetin 20 mg/gün ya da nefazodon 200 mg/gün ya da sertraline 50 mg/gün dozlarında tercih edilmelidir. Stewart ve ark. (1992)'de Monoamino Oksidaz İnhibitörlerinden (MAOI) fenelzin ile yaptıkları bir çalışmada, bu ilacın ciddi depresif bozukluğu olanlara göre distimik bozukluğu olanlarda daha etkin olduğunu saptamışlardır.¹ Versiani ve ark. (1997) ise, distimik bozukluğu olan yaşlı hastalarda plasebo kontrollü çift-kör moklobemid uygulamasının imipramine göre daha iyi sonuçlar verdiğini göstermişlerdir.¹⁸ Bununla birlikte MAOI'leri yaşlılarda tercih edilecek ilaçlar değildir. Bu durumda ilk tercih olarak SSRI'lar verilmelidir. MAOI'leriyle tedavide uyulması gereken diyet, bunların kullanımında önemli bir sınırlayıcıdır. Çok ender de olsa, ciddi durumlarda klinisyen farmakoterapinin yanı sıra elektro-konvulsif tedavi (EKT) uygulamak isteyebilir. EKT öncesi bir ya da iki hafta önce MAOI tedavisi kesilmiş olmalıdır. Bu durum tedavi sürecini

olumsuz etkileyen faktörler olup MAOI'lerinin tedavide kullanılmasının yaygınlaşmasını önlemektedir. Stimulanların minor depresyonlu yetişkinlerde bazı yararlı sonuçlar veren ilaçlar olduğuna ilişkin bilgiler literatürde uzun zamandır yer almaktadır. ABD'nde stimulanlar genel popülasyonda sıklıkla ılımlı depressif semptomları olan ya da atipik depresyonu olanlarda kullanılmaktadır. Bu ilaçlar depresyon nedeni ile azalan aktiviteyi düzeltmekte özellikle rahatsızlığın başlangıç döneminde oldukça etkilidirler. Bu ilaçlarla tedavinin en olumsuz yönü, düşük dozlarda başlanan ilacın (örneğin metilfenidat 20 mg/günden düşük doz) daha sonraları yaşlı kişilerde bağımlılık yaparak yüksek dozlarda kullanımı sonucu ortaya çıkabilecek kardiovasküler etkileridir. Trisiklik antidepresanlar (TCA) yaşlılarda ılımlı depresif semptomların tedavisinde eski önemini kaybetmiş olsalar da, tedavide ihmal edilmemelidir. İki TCA ilaç sıklıkla yaşlı hastalarda kullanılabilir (nortriptilin ve desipramin). Her ikisi de günlük 25-75 mg'a kadar değişen dozlarda kullanılabilir. Yan etkileri tolere edebilen kişilerde bu ilaçlar SSRI'a alternatif olarak kullanılabilir. Ancak yaşlılarda kullanılabilecek ilaçlar konusunda henüz tam bir fikir birliği mevcut değildir. Deneysel verilerin yetersiz olduğu şu dönemde, uzmanlar ilaç seçimi konusunda ihtiyatlı davranmak gerektiğini önermektedirler. Burada dikkat edilecek konulardan birincisi, klinisyenin hedef semptomunu (uyku düzensizliği, anhedoni, obsesif düşünceler, ağlama nöbetleri ya da ajitasyon) çok iyi belirleyip en uygun ilaç tercihinde bulunmasıdır. Yine tedaviye düşük dozlarda başlayıp hastanın durumuna uygun doza ulaşılmalıdır. Aynı dozda minor depresyonda belirgin düzeltilmeler elde edilirken, major depresyonda tipik düzelmeler olmayabilir. İkincisi, klinisyenin hastasından daha önce gördüğü tedaviler ve faydalanma durumu hakkında bilgi almasıdır. Üçüncüsü, yan etkisi olmayan ilaç tedavisi mevcut değildir. Bu nedenle klinisyen ilacın terapötik yönü ile yan etkilerini karşılaştırıp hassas dengeyi sağladıktan sonra yaşlı hastası için en etkili psikotrop medikasyona ulaşacaktır. Unutulmaması gereken bir diğer prensip de, yaşlılarda minor depresyon ve/veya distimik bozukluğun tedavisinde çok sayıda ilacın birlikte kullanımından kaçınmaktır.

Yaşlılarda depresif semptomların tedavisinde psikoterapinin genellikle olumlu etkilerinin olduğu bildirilmekle birlikte, bu tedavi yaklaşımının tek başına yeterli olduğunu söylemek zordur.¹⁹ Tedavide aile ve grup terapileri kişilerarası terapi, davranışçı tedavi, kognitif terapi, bireysel terapiler gibi çok çeşitli psikoterapi yöntemleri önerilmiştir. İlgörü kazandırmaya yönelik bireysel psikoterapi distimik bozukluk için sıklıkla kullanılan tedavi yöntemlerindendir. Psikodinamik yaklaşım ile depresif semptomların gelişmesi sürmesi ve uyum bozukluğuna yol açan kişilik özellikleri ile erken çocukluk döneminden kaynağını alan çözülmemiş çatışmalar arasında ilişki kurma girişimlerinde bulunulur. Farklı psikoterapi yöntemlerinin kullanılmasının kronik depresif semptomların tedavisinde değişik sonuçlara yol açmadığına ilişkin deneysel çalışmalar mevcuttur. Minor depresyon ve/veya distimik bozukluklu olgularda tedaviye direnç ya da kötü uyum onun terapi sürecini etkileyebilir. Böylece hasta terapiyi yarıda kesebilir ve farklı tedavi arayışları içine girebilir. Bu nedenle psikiyatristlerden diğer ruh sağlığı konusunda çalışanlara, birinci basamak sağlık hizmetinde çalışan genel pratisyenlere kadar herkes yaşlı erişkinlerdeki depresif semptomların ayırıcı tanısını yapabilmeli ve mevcut durumun minor depresyon, major depresyon ya da bir kriz dönemi olup olmadığı kararına varabilmelidir. Mevcut klinik durum stresli bir yaşam olayının sonucunda ortaya çıkan bir kriz dönemi ise, krize neden olan olaya yönelik bir terapi ile kısa sürede yaşlı bireyin normal denge durumuna dönmesi sağlanabilir. Yine kronik minor depresyon ve/veya distimik bozuklukta semptomlar bazan aylarca, hatta yıllarca sürebilir. Bu durum psikoterapinin yaşlı hastalarda sürdürülmesinde çok sayıda sorunu da beraberinde getirir. Başlangıçta tedavi depresif sendromun hedef semptomuna yönelik olmalıdır. Örneğin, hekim sosyal fonksiyonlardaki olumsuzluklara öncelik verebilir, tedaviyi bu konu üzerinde yoğunlaştırabilir. Genellikle pek çok psikiyatrik hastalıkta psikoterapinin haftalık olmasına karşın kronik rahatsızlıklarda bu durum değişebilir. Her 6 ayda yapılan 30'ar dakikalık ev ziyaretlerinde hastanın durumu izlenir. Koruyucu sağlık hizmeti veren genel pratisyenlerin yaptığı bu ziyaretlerden hasta

faydalanır. Bir diğer deyişle bu hastalar zaman zaman birileri ile konuşma ihtiyacı duyarlar. Eğer tedavi doğrudan ciddi depresif epizoda yönelik olarak planlanmışsa, hastanın mevcut durumu ve yaşam biçimi dikkate alınarak tekrar gözden geçirilmelidir.

Tedavide üçüncü yaklaşım, klinisyenin sosyal ve çevresel faktörleri de dikkate almasıdır. Deneysel çalışmalar, çevresel ve sosyal faktörler dışlanarak yapılan bir tedavi ile başarıya ulaşmanın mümkün olamayacağını göstermiştir.²⁰⁻²² Hastanın yaşam düzeyi, sosyal konumu, ailesi ve kültürel durumu ile ilgili bilgiler gözönünde bulundurulmalıdır. Minor depresyon ve/veya distimik bozukluklu yaşlı hastanın ailesinin hastalık hakkında bilgilendirilmesi, tedavi konusunda uygun yaklaşımların öğretilmesi tedavi için vazgeçilmez unsurlardır. Hasta, aile ve psikiyatrist arasında kurulacak ilişki tedaviyi olumlu yönde etkiler. Aile ile ayrıntılı görüşme yapan psikiyatrist, hastanın tanısı konusunda daha sağlıklı karar verme şansına sahiptir.

Sonuç

Distimik bozukluk kronik bir durum olarak tanımlanabilir. Tanıda önemli karışıklıklara yol açan diğer duygudurum bozukluklarından distimik bozukluğu ayırmak her zaman kolay olmayabilir. Major depresyonun tekrarlayan epizodları, prodromal dönemler ve iyileşme süreçleri, tipik distimik bozukluk, kısa periyodik epizodları olan distimik bozukluk ile kısmi iyileşmenin olduğu major depresyona ait dönemler ayırıcı tanıda karışıklıklara yol açabilir. Burada karşılaşılan zorluklardan biri, yaşlılar önceki yaşam öykülerinde duygudurum bozukluğu tanısı almış olduklarında mevcut distimik bozukluğun ilk tanı ile uyumlu olarak duygudurum bozukluğu şeklinde değerlendirilebilecek olmasıdır. Unutulmaması gereken, başlangıç tanısının mutlaka son tanı olmayabileceğidir. Örneğin, bir yaşlı olguda aylarca süren distimik bozukluk ya da minor depresyon, yanlış olarak bir major depresif epizodun prodromal dönemi; ya da iyileşme sürecinin başladığı bir major depresif epizoddaki semptomlar distimik bozukluk ve/veya minor depresif bozukluk olarak değerlendirilebilir. Yine major depresif epizodların yanısıra minor

depresyon ve/veya distimik bozukluğun birlikte görüldüğü olgularda bireysel ve klinik görünümlerdeki farklılıklar, tedaviye dirençli durumlar açısından dikkatli olunmalıdır. Klinisyen mevcut öykü ve klinik bulgular ışığında ayırıcı tanıyı yapıp hangi tedavinin olgu için en

etkili olacağına karar vermelidir. Daha önce belirtildiği gibi, pek çok olguda distimik bozukluk ve/veya minor depresyon tanısı koymak her zaman kolay olmayabilir. Bu nedenle her olgu klinisyen tarafından ayrı ayrı ele alınmalı ve onun koşullarına en uygun tedavi yöntemi seçilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Small WG: *Psychiatric disorders of late life*. HI Kaplan, BJ Sadock (eds): *Comprehensive Textbook of Psychiatry/IV*'da. 6. baskı, Baltimore, Williams and Wilkins, 1995, s.2562-2566.
2. O'Hara MW, Kohout FJ: *Depression among the rural elderly: a study of prevalence and correlates*. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173:582-589.
3. Blazer DG: *Dysthymic disorder and chronic minor depression in late life: description and treatment*. C Holmes, R Howard (eds): *Advanced in Old Age Psychiatry*'de. Petersfield, Wrightson Biomedical Pub. Ltd, 1997.
4. Devenand DP: *Is dysthymia a different disorder in the elderly?* *Am J Psychiatry* 1994; 151:1592-1599.
5. Blazer DG, Burchet B: *The association of age and depression among the elderly: an epidimiologic exploration*. *J Gerontol* 1991; 46:210-215.
6. Katona CLE: *Depression in Old Age*. New York, Wiley, 1995.
7. Carney PA ve ark.: *How physician communication influences recognition of depression in primary care*. *J Fam Pract* 1999; 48(12):958-964.
8. Leibson CL ve ark.: *The role of depression in the association between self-rated physical health and clinically defined illness*. *Gerontologist* 1999; 39(3):291-298.
9. Beblo T, Wallesch CW, Herrmann M: *The crucial role of frontostriatal for depressive disorders in the postacute stage after stroke*. *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol* 1999; 12(4):236-246.
10. Lips P ve ark.: *Quality of life in patients with vertebral fractures: validation of the Quality of Life Questionnaire of the European Foundation for Osteoporosis (QUALEFEO)*. Working Party for Quality of Life of the European Foundation for Osteoporosis. *Osteoporos Int* 1999; 10(2):150-160.
11. Bekaroğlu ve ark.: *Depression in an elderly population in Turkey*. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:174-178.
12. Pakkala K, Kivela SL, Laippala P: *Social and environmental factors and dysthymic disorder in old age*. *J Clin Epidemiol* 1992; 45(7):775-783.
13. Kivela ve ark.: *Five-year prognosis for depression in old age*. *Int Psychogeriatr* 1994; 6(1):69-78.
14. Kivela SL: *Long-term prognosis of major depression in old age: a comparison with prognosis of dysthymic disorder*. *Int Psychogeriatr* 1995; 7(Suppl.):69-82.
15. Epperly TD, Moore KE: *Health issues in men: Part II. Common psychosocial disorder*. *Am Fam Physician* 2000; 62(1):117-124.
16. Kırılı S: *Depresyonun Biyolojik Oluşumu ve Farmakolojik Tedavisi*. Bursa, Özsan Yayınları, 2000.
17. Nobler MS ve ark.: *Fluoxetine treatment of dysthymia in elderly*. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(6):254-256.
18. Versiani M, Amrein R, Stabl M: *Moclobemide and imipramine in chronic depression (dysthymia): an international double-blind, placebo-controlled trial*. International Collaborative Study Group, *Int Clin Psychopharmacol* 1997; 12(4):183-193.
19. Verwoerd A: *Psychotherapy for the elderly*. T Arie (ed): *Health Care for the Elderly*'de, London, Croom Helm, 1981.
20. Zurkerman DM, Kasl SV, Ostfeld AM: *Psychosocial predictors of mortality among the elderly poor*. *Am J Epidemiol* 1984; 119:410-423.
21. Rohrbach RM, Sholomskas DE, Giller EL Jr: *Lifetime course of chronic depression in older men*. *J Geriatr Psychiat Neurol* 1989; 2:89-95.
22. Grand ve ark.: *Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in a rural French population*. *J Clin Epidemiol* 1990; 43:773-782.