

Dr. Süheyla ÜNAL<sup>1</sup>  
Dr. Burhanettin KAYA<sup>2</sup>

## YAŞLILIK veDEPRESYON-II TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

### LATE LIFE and DEPRESSION: TREATMENT APPROACHES

#### ÖZET

Yaşlılıkta ortaya çıkan depresyonun tedavisi farmakolojik tedavi, elektrokonvulsif tedavi, psikoterapi ve psikososyal girişimleri içerir. Yaşlanan beynin psikotrop ilaçlara duyarlılığının artması, farmakokinetiğin değişmesi, çok sayıda ilaç kullanımı nedeniyle olası ilaç etkileşimleri yaşlılarda ilaç tedavisini özel kılmaktadır. Yaşlılıkta bilişsel yetilerde yıkım, savunma mekanizmalarında kalıplaşma, aktarım ve karşı aktarımlar ise psikoterapotik süreçleri güçleştirmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** Depresyon, Tedavi, Antidepressifler, Psikoterapi, EKT.

#### ABSTRACT

The treatment of late-life depression includes pharmacotherapy, electroconvulsive therapy, psychotherapy and psychosocial interventions. Increased sensitivity of aging brain to psychotropic drugs, altered pharmacokinetics, drug interactions due to polipharmacy are the main problems encountered during the pharmacotherapy of the elderly. Cognitive deficits, rigidity of defense mechanisms, transferences and contransferences make the psychotherapies of old depressive persons difficult.

**Key Words:** Depression, Treatment, Antidepressants, Psychotherapy, ECT.

**Geliş:** 17.01.1999

**Kabul:** 06.03.1999

İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı-MALATYA

**İletişim:** Dr Burhanettin KAYA: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı-MALATYA  
Tel: (0422)341 0660

## GİRİŞ

Bazı yaşlılarda ruhsal kırılma nedeniyle depresyona yatkınlık oluşuyorsa da, yaşlılar genellikle yaşamlarından hoşnutlar ve ruhsal bir bütünlüğe sahiptirler. Yaşam boyu geçirdikleri deneyimler onlara olgunluk ve bilgelik kazandırmıştır (6). Sanılanın aksine yaşlı toplumda depresyon görülme sıklığı genç erişkinlerden çok farklı değildir (7).

Yaşlılarda depresyona uygun ve gerçekçi bir şekilde yaklaşıldığında tedavi yüz güldürücüdür. Yaşlılarda depresyon eğer diğer hastalıklar ve durumlarla komplike olmamışsa tedaviye yanıtı genç erişkinlerde olduğu gibidir (13). Yine-leyici depresyonda ise psikoterapi oldukça yararlıdır.

Yaşlıdaki depresyonun tedavisi, temel tedavi ilkeleri açısından genç erişkinlerden farklılık göstermemekle birlikte, yaşlı bireylerdeki metabolik değişiklikler, eşlik eden tıbbi hastalıklar, bilişsel değişiklikler, ruhsal alanda yaşanan sorunlar, toplumsal işlevlerde bozulma ve rol kaybı, yeti yitimi ve yalnızlaşma yaşlılara özgü tedavi uygulamalarını gerektirmektedir. Depresif yaşlılarda özkıyım riski ve girişimi yüksek olduğundan, tedavi planı oluşturulurken özkıyımı önlemeye yönelik bir yaklaşım benimsenmelidir. Tedavi sürecinde ailesel ve toplumsal destek sistemleri mutlaka işletilmeli, tedavide çeşitli alanlardaki sorunları düzeltmeye yönelik biyopsikososyal yaklaşım etkin kılınmalıdır (12).

## Farmakolojik Tedavi

Yaşlılarda depresyonun farmakolojik tedavisinin temel amacı depresyon belirtilerinin ortadan kaldırılması kadar, yaşam kalitesinin artırılması da olmalıdır. Yaşlılığa bağlı olarak gelişen farmakokinetik ve farmakodinamik değişiklikler ilaç seçimini, dozajını, temel süresini belirlemektedir (3, 25). İlacın etkinliği, tolere edilebilirliği, güvenilirliği ve olası etkileşimleri gibi ilaca ait özellikler dikkate alınarak, risk/yarar oranı gözönünde tutularak tedavi başlatılmalıdır. Tek ilaç tercih edilmeli, yaşlıların psikotrop ilaçların yan etkilerine duyarlı oldukları düşünülerek düşük dozla tedavi başlanıp, yavaşça doz artırılarak uygun doza ulaştırılmalıdır. Yaşlılar sıklıkla başka hastalıkları için de ilaç kullanıyor olduklarından, antidepresanların bu ilaçlarla etkileşimi göz önünde bulundurulmalıdır.

Tablo 1'de antidepresan ilaçların genç erişkin ve yaşlılarda önerilen dozları verilmektedir.

## Trisiklik antidepresanlar

Trisiklik antidepresanlar (TSA) yaşlılık döneminde görülen depresyonun tedavisinde sık kullanılan bir ilaç grubudur. Yaşa bağlı değişiklikler bu grup ilaçların farmakodinamik özelliklerini ve yan etkilerini özellikle önemli hale getirmektedir. Tersiyer amin yapısındaki TSA'lar yaşlılarda postural hipotansiyon oluşturmalarından nortrip-tilin, doksepin gibi sekonder amin yapısındakilerin tercih edilmesi uygun olmakla birlikte bu ilaçlar Türkiye'de bulunmamaktadır.

Kardiyotoksik yan etkiler TSA'ların en önemli yan etkileridir. EKG değişiklikleri, kinidin benzeri ritim bozukluk-

ları, kalp blokları, bazen de ani ölümlere yol açabilmektedirler. Bu nedenle tedavi öncesinde ve tedavi süresince gerekli tetkik ve değerlendirmeler yapılmalıdır (39).

Tablo-1: İlaçların genç erişkin veya yaşlılarda önerilen dozları

Adı	Genç erişkin dozu (mg)	Yaşlılardaki doz (mg)
Amitriptiline	75-200	30-100
İmipramin	75-200	30-100
Maprotilin	75-200	50-100
Doksepin	75-300	30-150
Nortriptilin	25-75	10-35
Trazodon	100-300	50-100
Fluoksetin	20-80	10-60
Sertralin	50-200	50-200
Paroksetin	20-80	10-50
Fenelzin	30-60	15-45
Tranilsipromin	20-40	10-20
Lityum	300-1800	75-900
Karbamazepin	200-1600	200-1200
Valproat	900-3000	250-1000

Bemstein 1995, Kaplan ve ark. 1994, Holion 1993, Yüksel ve Körağlı 1991

Sedasyon, ağız kuruluğu, kabızlık, bulanık görme, idrar tutukluğu, kilo artışı ve cinsel işlev bozuklukları gibi yan etkileri de dikkate alınmalıdır.

Olası en etkili, en düşük dozda tedaviye yanıt izlenmelidir. Trisikliklerin verilmesi ile iyileşmenin başlaması 4-6 haftadır. Sürdürüm tedavisinin yinelenmeleri önlemek açısından en az 6 ay sürdürülmesi önerilmektedir (9,24). Bu süreçte hastada başka bir tıbbi hastalığın olması ve kullanmakta olduğu diğer ilaçların olması tedavinin süresinin belirlenmesinde etkili olmaktadır.

## Yeni kuşak atipik antidepresanlar

Bu gruptan olan trazodon ve mianserin kardiyotoksik ve antikolinergik yan etkilerinin azlığı nedeniyle yaşlılık depresyonlarında güvenle kullanılmaktadır. Ancak sedasyon ve bilişsel bozukluklara yol açabildikleri için doz ayarlaması iyi yapılmalıdır.

Trazodon bir seçici serotonin geri alım inhibitörü olduğu halde klasik SSRI'lardan farklı özelliklere sahiptir. İyi tolere edildiği, tedaviyi bırakmanın az olduğu, uyku bozuklukları üzerine olumlu etkisi olduğu, aşırı doz alımında güvenli olduğu bildirilmektedir. Antidepresan etkinliği tartışmalı olup, daha çok hafif ve orta depresyonda, diğer ilaçlara yanıt alınamayan durumlarda ya da çok ilaçlı bir tedavi yaklaşımının bir parçası olarak kullanılmaktadır (17,34). Düşük dozda trazodon depresyonla ya da kullanılan antidepresif ilaçla ilişkili uykusuzluğun tedavisinde uygulanabilmektedir (33).

Mianserin noradrenalin geri alımını inhibe ederek etki gösteren, ayrıca bazı serotonin reseptörlerine agonistik etkisi olan bir antidepresandır (11).

Maprotilin trisikliklere benzer özellikler gösteren tetrasiklik bir antidepresandır. Düşük antikolinergik etkiye sahip olmakla birlikte sıklıkla ortostatik hipotansiyona neden olmaktadır. TSA'lara göre daha düşük kardiyotoksisiteye sahiptir. % 10 oranında epileptik nöbet bildirilmiştir. Bu özelliği epileptik hastalarda kullanımını sınırlandırmaktadır (17).

### Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri

Seçici geri alım inhibitörleri (SSRI) özellikle son yıllarda önem kazanan ve üzerine araştırmaların yoğunlaştığı ilaç grubunu oluşturmaktadır. Etkinlikleri TSA'lara eşdeğer görünmekle birlikte yan etki profillerinin farklılığı kullanımını avantajlı kılmaktadır. Genel olarak antikolinergik yan etkilerinin olmaması, kardiyovasküler yan etkiler göstermemesi, sedatif etkilerinin olmaması, genel olarak iyi tolere edilebilmesi, sabit dozlarla yeterli etkinliğin sağlanması ve çoğunlukla günde tek doz kullanıma olanak vermesi nedeniyle yaşlılık depresyonlarının tedavisi için uygun seçenek olmaktadır (4,11). En yaygın gözlenen yan etkileri bulantı, iştahsızlık, ishal gibi gastrointestinal yan etkilerle, uykusuzluk, ajitasyon ve cinsel işlev bozukluklarıdır.

Özellikle psikostimulan etkileri nedeniyle yorgunluk, bitkinlik, isteksizlik gibi belirtilerin baskın olduğu retarde depresyonda yararlı sonuçlar elde edilmektedir (3). Bilişsel işlevlere ve bellek üzerine olumlu etkileri de yaşlılarda tercih edilmelerini sağlamaktadır (30).

Fluoksetin, fluvoksamin, sertralin, paroksetin ve sitalopram Türkiye'de kullanımda olan başlıca SSRI'lardır. Aralarında tercih yapılırken ilacın yarılanma ömrü ve karaciğer enzimleri üzerindeki etkileri göz önünde bulundurulmalıdır (Tablo 2).

Yaşlılarda ilaca düşük dozda başlamak ve yavaş yavaş arttırmak ilkesi bu grupta da geçerlidir. Serotonin artışı nedeniyle ortaya çıkabilecek ajitasyon ve uykusuzluk ilacın erken dönemde bırakılmasına neden olabilir. Bunu önlemek için ilaca düşük dozda başlayıp 4-7 günde bir arttırmak gerekmektedir. Yaşlılarda klirensi %50 azaldığı için fluvoksaminde doz titrasyonu özellikle yavaş yapılmalıdır. Aynı durum paroksetin için de geçerlidir (29). Yüksek doz gerektiren durumlarda yan etkiler ve ilaç etkileşimleri yakından izlenmelidir.

Fluoksetin ve sertraline uygun olmayan antiüretik hormon salgılanması sendromu, paroksetinle hiponatremi bildirilmiştir (5,22). Yaşlılar bu yan etkiye daha duyarlı olacaklarından serum elektrolitlerinin takibi önem taşımaktadır.

Bazı özel durumlarda örneğin inme sonrasında gelişen, parkinson hastalığının komplikasyonu olan ve demansla birlikte görülen depresyonların tedavisinde de yararlı bulunmuştur. Demanslı hastalarda uygulanırken yaşlı hastanın beslenme durumuna dikkat edilmelidir (29).

Yeterli doz ve yeterli süre SSRI kullanıldığı halde yanıt alınmadığında lityum ya da trisiklik antidepresanla etki artırımı sağlamaya gidilebilir. Tedavinin başlangıcında hastada ortaya çıkabilecek ya da depresyona eşlik eden anksiyeteyi kontrol etmek için benzodiyazepin kullanılacaksa P450 enzimleriyle okside olan diazem ve alprazolamdan kaçınılmalı, lorazepam, klonazepam ve oksazepam tercih edilmelidir (29).

Farklı bir etkinlik mekanizmasına sahip olmakla birlikte bu grupta yer alan tianeptinin de bilişsel işlevler üzerindeki olumlu etkisi nedeniyle yaşlılarda seçilebileceği bildirilmektedir (21).

### Serotonin-Noradrenalin Geri Alım İnhibitörleri

Serotonin noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI) son zamanlarda kullanımı yaygınlaşan, TSA'ların ve SSKI'ların etki spektrumunu taşıyan etkili bir antidepresan grubudur.

Bu gruptan venlafaksin geniş bir doz aralığına sahip olması yaşlılarda kullanımına olanak vermektedir. İkiye ya da üçe bölünerek 12.5 mg'lık başlangıç dozuyla 25-37.5 mg'da kullanmanın yaşlılarda yeterli olduğu bildirilmektedir (4). Yaşlılarla ilgili fazla çalışma bildirilmemekle birlikte genel bilgiler ışığında yan etkileri arasında belirtilen diyastolik kan basıncı artışı yaşlı hastalarda sorun yaratabilmektedir (33).

Nefazodon ve mirtazapin de yaşlı depressif hasta grubunda kullanıma potansiyeli olan iki üründür.

### Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

Yaşlılarda özellikle trisiklik antidepresanların kullanılmadığı durumlarda MAO inhibitörleri iyi bir seçenek oluşturmaktadır. Orta dereceli ve psikotik özellikleri olmayan depresyonda yararlı olduğu ileri sürülmektedir (34). Özellikle sosyal hayattan çekilme, içe kapanma, apati, motivasyon kaybı, enerji azalması gibi retardasyon belirtilerinin baskın olduğu hastalarda daha etkili olduğu ileri sürülmektedir (3,35).

Geri dönüşümlü ve seçici olarak MAO-A enzimini inhibe eden moklobemid klasik MAO'nin yan etkilerini göstermediğinden yaşlılarda daha güvenle kullanılabilirler. Moklobemidin bilişsel işlevler ve uyanıklık duru-

Tablo-2: SSRI'ların farmakokinetik özellikleri

İlaç	Yarılanma ömrü (saat)	Steady state durumu (gün)	P450 inhibisyonu	Yaşla ilgili farmakolojik değişiklik
Fluoksetin	48-96	21-60	Etkili	+
Sertralin	26	7-14	En az etkili	-
Paroksetin	21	7-14	En etkili	+
Fluvoksamin	15-26	10-14	Etkili	+

munda olumlu etkiler gösterdiği belirtilmektedir (1,32). Ayrıca epilepsi, delirium, kan diskrazisi ve kardiyak toksite yapmaması da avantajları arasında bildirilmektedir.

### Lityum kullanımı

Lityum bipolar afektif bozukluğu olan yaşlı hastalarda sürdürüm tedavisinde kullanılmakla birlikte, akut depresyon için uygun bir seçenek değildir. Dirençli depresyonun tedavisinde antidepresanlarla birlikte kullanılabilir.

Tedavi doz aralığı oldukça dar olduğundan hızla toksik doza ulaşılabilir. Yaşlılarda gözlenen metabolik değişiklikler, glomerüler filtrasyonda azalma ve klirens değişikliklerine bağlı olarak gençlerde 24 saat olan yarılanma ömrü 36-48 saate çıkabilmektedir. Genç erişkinlerin tedavisinde istenen 0.7-1.1 meq/dl gibi kan düzeylerine erişildiğinde tremor ve bilişsel değişiklikler oluşabildiği için yaşlılarda kan düzeyi 0.4- 0.6 meq/dl'de tutulmalıdır (40).

Yaşlılarda psikotik belirtilerin eşlik ettiği depresyonda antipsikotikler antidepresan tedaviye ek olarak kullanılmalıdır. Böyle durumlarda yüksek potensli ilaçlar olası en düşük dozda uygulanmalıdır. Bu durumda EKT de iyi bir seçenektir (4).

### İlaç etkileşimleri

Yaşlılar diğer bedensel hastalıkları nedeniyle birçok ilaç kullanma potansiyeline sahip olduğu için ilaç etkileşimlerine dikkat ederek ilaç seçmek ve doz ayarlamak önem taşımaktadır. Lityum dışındaki psikotrop ilaçlar karaciğer mikrozomal enzimleriyle (sitokrom P450) metabolize olduklarından ilaçların bu enzim üzerindeki etkileri bilinerek doz ayarlaması yapılmalıdır. Tablo 3'de P450 sisteminin bazı etkileri, Tablo 4'de ise P450 sistemini indükleyen ve inhibe eden ilaçlar gösterilmiştir. P450 enzimini inhibe eden ilaçlar, birlikte verildikleri ilaçların düzeylerini arttırmaktadırlar (28).

**Tablo-3: Sitokrom P450 sisteminin etkinlikleri**

CYP2D6	CYP3A4	CYP1A2	CYP2C19
<b>Metabolize ettikleri</b>			
Sekonder TAD SSRI'lar Beta blokörler Kodein	Benzodiyazepinler Ca kanal blokörleri Kodein Steroidler Terfenadin Astemizol Tersiyer TAD'lar Sertralin Karbamazepin	Teofilin Kafein Fenasetin Takrin TAD'lar Klozapin Haloperidol	Fenitoin Tolbutamid Warfarin Diazepam Tersiyer TAD'lar
<b>İnhibe oldukları</b>			
Çoğu TAD'lar Çoğu antipsikotikler Tüm SSRI'lar (Fluvoksamin dışında)	Bazı SSRI'lar Fluvoksamin Fluvoksetin Sertralin Nefazodon	Fluvoksamin	Tüm SSRI'lar

**Tablo-4: P450 izoenzimlerini indükleyen ve inhibe eden ilaçlar**

İndükleyenler *	İnhibe edenler**	
Fenitoin	Fenotiyazin	Deksametazon
Fenobarbital	Fluoksetin	Omeprazol
Karbamazepin	Valproik asit	Rifampin
Sigara içme	Paroksetin	Nefazodon
Kronik alkol kullanımı	Kinidin	Sitalopram
Omeprazol	Fluvoksamin	Ketokonazol
Rifampin	Simetidin	Eritromisin
	Sertralin	

\* Kombine edilecek ilaçlar daha yüksek dozda verilmeli

\*\* Birlikte verilecek ilaç daha düşük dozda verilmeli

### Elektrokonvulsif terapi (EKT)

EKT yaşlılarda etkinliği bilinen, sık kullanılan ve güvenilir bir tedavi seçeneğidir. Yaşlı hastalarda EKT indikasyonları genç erişkinlerden farklılık göstermez. En temel uygulama alanı major depresyondur. Genellikle ilaçların yetersiz kaldığı ya da kullanılmadığı durumlarda ikinci seçenek olarak, kilo kaybı, beslenmeyi reddetme, yüksek oranda intihar riski taşıma durumlarında ise birinci seçenek olarak kullanılabilir (14).

Sıklıkla bilateral uygulanır. İki yanlı uygulamanın tek yanlı uygulamaya göre daha etkili olduğu, ancak daha fazla bilişsel bozukluk oluştuğu bildirilmektedir. Bellek bozukluklarına yol açtığı için demanslı hastalarda uygulanmamalıdır.

EKT uygulamadan önce gerekli fizik ve laboratuvar incelemeler mutlaka yapılmalıdır. Çünkü EKT'ye bağlı kardiyovasküler, pulmoner, nörolojik ve iskelet sistemi ile ilgili istenmeyen durumlar oluşabilmektedir (11). Uygulama

genelde haftada üç gün yapılmalı ve kullanılan antidepresanın dozu azaltılmalıdır (12,14).

### **Psikososyal tedaviler**

Hastanın ilk başvurusundan tedavisinin sonlandığı noktaya dek tüm tedavi yaklaşımları oluşturulan psikososyal ilişki zemininde etkin hale gelmektedir. Hastanın biyolojik tedavi protokollerine uyum sağlamasında psikolojik tedavilerin önemli rolü olacaktır.

Yaşlılara yönelik psikoterapi yaklaşımlarında dört ana ilkedен söz etmek olasıdır:

1. Hastaların duygularını kontrol etmesini sağlamak, benlik gücünü ve umudunu desteklemek,
2. Tedavi veren kişilerle ve yakınlarıyla olan ilişkilerini desteklemek,
3. Hastanın varolan tüm sorunlarını konuşmak ve bu sorunları akılcı, amaca uygun ve çözümü yüreklendirici bir biçimde ele almalarını sağlamak,
4. Değişen koşullara uyum sağlamasına yardımcı olmak (18).

Yaşlılarda psikoterapinin etkili olabilmesi için hastaya uygun, yargılayıcı olmayan, yapılandırılmış, zamanla sınırlı, amaca yönelik nitelikte olmalıdır. Psikoterapide hastanın yıkıcı dürtülerine karşı uyanık olma, hastalığı ile ilgili akılcı açıklamalar yapma, hastalığı süresince yaşamı ile ilgili kararlar almasını engelleme, yardıma ve güvene dayalı bir hasta-hekim ilişkisi kurarak genel anlamda hastayı desteklemeye yönelik bir yaklaşım temel alınmalıdır.

Yaşlılarda standart psikoterapi yaklaşımları psikodinamik psikoterapi, destekleyici tedavi, bilişsel tedavi, grup tedavileri ve aile tedavisi olarak sıralanmaktadır. Hangi tür terapi uygulanırsa uygulansın yaşa özgü bazı konular süreçte ele alınmak durumundadır. Yaşlı bireyin edilgen, önemsiz, çaresiz bir duruma gelmesine yol açarak benlik saygısını sarsan emeklilik, yaşamı üzerindeki kontrolünü kaybettiğini duyumsatan, artık sahip olmadığı eski görünümü için yas tutmasına neden olan fiziksel hastalıklar ve bilişsel yetilerindeki bozulmalar, ayrılık, boşanma ya da ölümle boşalan yuvasında karşı karşıya kaldığı yalnızlık ve kendi ölüm-lülüğünün yarattığı tehdit terapi sürecinde ele alınacak temel konulardır (27).

Terapi sürecinde önemli bir diğer konu da gelişebilecek transferans ve kontrtransferans sorunlarıdır. Yaşamındaki önemli insanları yitirmiş ve anlamlı bir ilişki gereksiniminde olan yaşlı depresif birey terapistle olan ilişkisine aşırı değer verebilir. Bazı yaşlı hastalar ebeveynlerine olan duygularını genç terapistte yansıtabilirler ya da terapisti oğlu ya da kızı yerine koyabilirler. Terapist ise kendi ebeveynlerine olan çözülmemiş düşmanca duyguların varlığı, ölmüş ya da ölmekte olan ebeveynini kurtarma isteği, kendi yaşlılığı ve ölümüyle ilgili kaygılar, organik sorunlarla başa çıkamama korkuları, tedavi sırasında hastasının ölme olasılığı, terapi becerisini boşa harcamaktan kaçınmak istemesi, hastanın ona bağımlı hale gelmesinden korkması gibi nedenlerle hastaya çeşitli olumsuz duygular yöneltebilir. Hastada ya da te-

rapistte gelişebilecek bu tür yoğun duygulara dikkat edilmezse hastanın ve terapistin olası bir duygusal yük altına girmesinden kaynaklanan sorunlarla karşı karşıya gelinecektir (27).

### **Psikodinamik psikoterapi**

Psikodinamik tedavide hastanın belirtileri, çatışmaları, kayıpları ve hayal kırıklıklarının kişisel anlamı araştırılır. Terapist hastasının güçlüklerini anlamaya çalışırken, davranışının kaynaklarını da anlamaya çalışmalı, yaşama ve kişilerarası ilişkilere yönelik bir içgörü geliştirmeyi amaçlayan, olumsuz tepkilerini ortadan kaldırmaya çalışan stratejiler uygulamalıdır (15,26).

Yaşlının ölümün kaçınılmazlığıyla yüzleşmesi ve yaşamını yeniden gözden geçirmesi sağlanarak, kalan zamanları için yaşamın farklı alanlarında haz kaynağı olabilecek etkinliklere yönlendirilmelidir. Benlik gücü desteklenerek değişim için cesaretlendirilmelidir. Nesne ilişkisi kurma kapasitesini arttırmak terapistin en önemli amacı olmalıdır (27).

Kendine sağlıklı ölçüde değer veren birey, yaşamın zorluklarıyla başa çıkmada daha az sorunla karşılaşacağından tedavide benlik saygısının artırılmasına çalışılmalıdır (15).

Yaşlı hastalarda kısa psikoterapilerin ve kriz dönemlerinde krize müdahale tekniklerinin olumlu sonuçlar verdiği bildirilmektedir (27).

### **Destekleyici tedaviler**

İlerleyici organik beyin yıkımı ya da fiziksel bir hastalığın son dönemlerinde bireyde ortaya çıkan akut durumlarla, örneğin konfüzyonel duruma başa çıkmak için uygun medikasyona başvurmak, hastaya bakanlardaki tükenmişliği ve stres yükünü azaltmaya çalışmak destekleyici tedaviler olarak değerlendirilmektedir (27,36).

Destekleyici psikodinamik yaklaşımda ise hastalık belirtilerini yatıştırmak, ikincil kazançları azaltmak ve ilaç tedavisine uyumu arttırmak amaçlanır. Ayrıca kişinin sağlıklı yanlarını ve olumlu savunmalarını desteklemek, stres yaratan dış etkenleri azaltmak, sosyal destekleri arttırmak, günlük yaşama uyum sağlayacak bir denge oluşturmak ve işlevselliği arttırmak da amaçlar arasındadır (2,12).

### **Kişilerarası ilişkiler psikoterapisi (Interpersonal Therapy IPT)**

Depresyon ne şekilde gelişmiş olursa olsun, kişilerarası ilişkiler bağlamında sorun yaratır. Özellikle yineleyici depresyonda terapistin kişilerarası ilişkilerde sözkonusu olan temel sorunları ele alması uygun bir yaklaşım olacaktır. Terapistin hasta ile birlikte, patolojik yas, rol değişimi, kişilerarası ilişkilerde çatışmalar ya da yetersizlik durumları gibi konular arasında bir seçim yaparak sorunun çözümüne yönelik yaklaşım uygulaması yararlı olmaktadır (31).

### **Bilişsel-davranışçı tedavi**

Bu tedavi yaklaşımında bireyin daha etkili başa çıkma becerisi kazanması amaçlanır. Hastaya olumsuz otomatik

düşüncelerini saptaması, bu düşüncelerin duygularıyla bağlantısını kurması, çarpıtılmış düşünceler yerine daha gerçekçi fikirler koymasını öğretecek ve bunu yaşama geçirmesini sağlayacak becerileri kazandıracak bir terapi deseni uygulanır.

Bilişsel tedavide yaşam olayları karşısındaki bilişsel çarpıtmalar ve ardından gelen duygusal tepki arasındaki bağlantı gösterilerek, olumsuz otomatik düşüncelerinin geçerliliği sınanır. Başlangıçta terapist hastanın depressif düşünce biçimini ne derecede gösterdiğini anlamaya çalışır. Daha sonra var olan sorunu analiz etmek ve hedefleri belirlemek gerekir. Ardından tedavi rasyoneli anlatılarak olumsuz düşünce biçimi ile duygudurumu arasındaki bağlantı ve kısır döngü gösterilmeye çalışılır. Hastanın bilgi işlemedeki hatalarını görmesi ve olumlu düşünce biçimleri geliştirmesi desteklenir. Gençlere göre daha yavaş sürdürülen, kolaydan zora doğru giden ve hastanın tedaviye aktif olarak katıldığı bir yol izlenir (8,37).

Davranışsal tedavide ise olumlu yaşam aktiviteleri azalmış, karşılaştığı olumsuz olaylar artmış olan depresif bireyin yaşadığı olumsuz duygudurumun aktiviteleri daha da kısıtlaması nedeniyle bir kısır döngüye girdiği düşünülerek hastaya günlük yaşamı sırasında özellikle hoşlanacağı aktivitelere yöneldiğinde duygularındaki değişimi kaydetmesi öğretilir. Hoşa giden aktiviteler ile olumlu duygu değişimi olduğunu gözleyen birey yaşam olaylarını değiştirmek için çeşitli yollar deneme cesareti edinir. Bununla birlikte bu sürece yardımcı olmak için, hastaya anksiyetesinin etkisini en aza indirecek gevşeme teknikleri öğretilir, kişilerarası ilişkilerini arttıracak sosyal beceri eğitimi ya da iletişim gereksinimini sağlayacak girişkenlik eğitimi verilir (38).

Bireyin günlük yaşamını güçleştiren değiştirilemez ve kontrol edilemez sorunlarıyla başa çıkabilmesini kolaylaştırabilmek amacıyla güçlü yanlarını olumlama, katarsis, sosyal destek sağlama, umudu canlandırma, manevi yaşamını destekleme gibi duygu odaklı çözümler önerilebilir (19). Benim saygısını arttırıcı olumlu aktivitelere yöneltme, aile içinde olumlu bir rol modeli olmasını sağlama, aile bireylerinden günlük işlevleri konusunda yardım almasını sağlama, yalnızlık duygularını azaltma gibi yöntemler de yararlıdır (10).

Bilişsel-davranışçı yaklaşım ile olumlu sonuçlar alınmaktadır. Yaşlılar için bazı uyarlamalar gerekmektedir. Bellek güçlüğü ve soyutlama yetisinde azalma olabileceği için hastanın seanslar sırasında ilgili bilgileri ve ev ödevlerini not etmesi istenebilir. Bilgi farklı anlatımlarla birkaç kez tekrarlanmalı, önemli noktalar özellikle vurgulanmalı, gerekirse beyaz tahta kullanılmalıdır. Grafikler, şemalar, karikatürlerle anlatım basitleştirilmelidir. Kayıtlar düzenli tutularak hastaya geribildirim verilmelidir (38).

Bilişsel-davranışçı tedavinin ilaç tedavisiyle birlikte kullanıldığında depresyonun tedavisinde daha etkili olduğu bildirilmektedir. Bilişsel tedavinin yinleme ve atakların oluşmasını önleme konusunda ilaç tedavilerinden daha üstün olduğu belirtilmektedir (16).

## Grup Tedavileri

Grup tedavisi yaklaşımlarının tedavideki rolü daha çok klinik deneyimlere dayanmaktadır. Özellikle yas süreci ve kronik hastalıkların eşlik ettiği depresyonda yararlı olduğu bildirilmektedir (2).

Tedavide bireyin stresle başa çıkmasında ve yeni duruma uyum sağlamasında grup etkileşiminin olumlu bir güç olarak kullanılması temel alınmıştır. Grup üyeleri yeni arkadaşlıklar oluşturarak ve geliştirdikleri olumlu paylaşım ilişkisiyle eski arkadaşlarının ölümü ve kaybı sonucu oluşan yalnızlık duygusuyla başetme yetisi geliştirebilirler (20). Bu kendilik algısının olumlu yönde gelişmesini sağlayacaktır.

Grup tedavilerinde toplumsallaşma, olumlu tutum ve davranış değişiklikleri sağlama, kişisel gelişim, eğitim ve öğrenme, yaşamı yeniden gözden geçirmeye olanak verme, duygusal arınma ve sorun çözmeye yönelik yetileri geliştirme hedef alınmalıdır (26). Grup terapisti grup kaynaşmasını sağlamak, yaşamın gözden geçirilmesini ve "burada ve şimdi" yaklaşımını birlikte kullanmak, bireyin gruba katılmasına yardım etmek, empatik bir şekilde grup üyelerini yansıtıcı savunmalarıyla yüzleştirmek, önemli transferans ve kontrtransferanslarla başa çıkmakla yükümlüdür (27).

## Aile tedavisi

Depresyonun gelişmesinde aile sorunlarının katkısı olduğundan ve aileyi desteklemek depresif bireyin tedavisinin başarısını etkilediği için aile tedavileri önem taşımaktadır.

Yaşlanmayla birlikte bireyin ailedeki pozisyonu baskın rolden, bağımlı role doğru kaymakta, bu da aile dinamiklerine yansımaktadır. Yaşlı ebeveynin bu durumuna karşı genç aile bireylerinde acımadan kızgınlığa bazen de sadizme varacak duygusal tepkiler gelişebilmektedir. Bu duygular yaşlı hastanın iyileşme sürecinde olumsuz etki gösterebilmektedir. Aile tedavisiyle hastanın yakınlarında hastalığın harekete geçirdiği engellenme ve çaresizlik duygularını hafifletmek, iyileşmeyi engelleyen aile içi yapılan ve tutumları değiştirmek amaçlanmaktadır (23).

## SONUÇ

Yaşlılık dönemine özgü farmakokinetik değişiklikler, fizik hastalıkların varlığı ve bundan dolayı çoklu ilaç kullanımının gerekmesi, yaşlanmayla toplumsal konum ve aile içinde sahip olduğu gücün değişmesi, üretici ve yaratıcı gücünü kaybetme, işlevselliğinde azalma olması yaşlılarda ortaya çıkan ruhsal bozuklukların, özellikle depresyonun tedavisinde biyopsikososyal yaklaşımı zorunlu kılmaktadır. Çalışmalar ilaç tedavisi ile psikoterapilerin birlikte kullanılmasının daha yararlı sonuçlar oluşturduğunu, toplumsal destek sistemlerinin geliştirilmesinin tedavinin etkinliğini arttırdığını ve yinlemeleri azalttığını göstermektedir.

Bu saptamaların oluşturduğu zeminde "hastalık yok, hasta var" ilkesiyle hastaya göre özgülleştirilmiş, yaşam kalitesini arttırmayı amaçlayan tedavi yaklaşımlarının ve iyileştirici süreçlerin yaşama geçirilmesi ve bu hizmetlerin

bir ruhsal-toplumsal sağlık politikası kapsamında örgütlenmesi yaşlı nüfus için vazgeçilmez bir gerekliliktir.

#### KAYNAKLAR

1. Allain H, Lieury A, Brunet-Bourgin F ve ark: Antidepressants and cognition: comparative effects of moclobemide, viloxazine and maprotiline. *Psychopharmacol (Berl)* 1992; 106(suppl):54-61.
2. APA; Practice Guideline for major depressive disorder in adults. American Psychiatric Press. 1993.
3. Bekaroğlu M: Yaşlılık döneminde depresyon. *Depresyon Monografileri Serisi*. 1994; 7:327-344.
4. Bernstein JG: Geriatric psychopharmacology and the dementia: Alzheimer's and HIV, *Handbook of Drug Therapy in Psychiatry*. Part:II. Mosby-Year Book Inc. St. Louis 1995: 441-475.
5. Blacksten JV, Birt JA: Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone secondary to fluoxetine. *Ann Pharmacother*. 1993; 27:723-724.
6. Blazer DG: Depression in the elderly. Myths and misconceptions. *Geriatric Psychiatry*. *The Psychiatr Clin of North Am* 1997;20(1):111-119.
7. Copeland JRM, Dewey ME, Saunders PA : Yaşlılarda depresyon. Çev. İncila Kaplan. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1992; 3(1):3-7.
8. Fennell M: Depression. *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems*, Eds: K Hawton, PM Salkovskis, J Kirk DM Clark, Oxford University Press, New York 1989: 169-235.
9. Flint AS, Rifat SL: The effect of treatment on the two-year course of late life depression. *Br J of Psychiatry* 1997; 169:268-272.
10. Gallagher-Thompson D, Osgood NJ: Suicide in later life. *Behavior Therapy* 1997; 28:23-41.
11. Gelder M, Gath D, Mayou R ve ark: *Psychiatry of the elderly*. Oxford Textbook of Psychiatry. Oxford University Press New York 1996: 510-532.
12. Georgotas A, McCue RE: Strategies for comprehensive treatment of depressive and manic states in late life. *Depression and Mania*. Eds: Georgotas A, Cancro R Elsevier Science Publ. Co Inc. New York 1988: 605-623.
13. Gershon SE, Plotkin DA, Jarvik LF: Antidepressant drug studies: 1964-1986: Empirical evidence for aging patients. *J Clin Psychopharmacol* 1988; 8:311-322.
14. Greenberg L, Fink M : Geriatrik hastalarda elektrokonvulsif terapi kullanımı. İleri Yaşlılarda Görülen Psikiyatrik Bozukluklar . Ed: Alexopoulos GS Çev: Engin Eker, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul 1994: 181-191.
15. Hartman C, Lazarus LW: Yaşlı depresif hastalarda psikoterapi. İleri Yaşlılarda Görülen Psikiyatrik Bozukluklar. Ed: Alexopoulos GS Çev: Engin Eker. Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul 1994: 191-203.
16. Hollon SH: Review of psychosocial treatments for mood disorders. *Current Psychiatric Therapy*, Ed: DC Dunner, WB Saunders Company, Philadelphia 1993: 240-246.
17. Jenike MA : Assessment and treatment of affective illness in the elderly. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 1988; 1:89-107.
18. Jenike MA: Therapy and Management of older persons. *Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology: A Clinical Approach*, YearBook Medical Publ Inc 1989: 363,370.
19. Kant GL, D'Zurilla T, Maydeu-Olivares A: Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Ther and Res* 1997; 21(1):73-96.
20. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA : *Geriatric Psychiatry*, Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry. Eds:Kaplan HI, BJ Sadock, JA Grebb. Williams and Wilkins, Baltimore. 1994: 1155-1171.
21. Labrid C, Mocaer E, Kamoun A : Tianeptine. *Br J Psychiatry* 1992; 160(suppl):56-60.
22. Llorente MD, Gorelick M, Silverman MA: Sertraline as the cause of inappropriate antidiuretic hormone secretion (letter) *J Clin Psychiatry* 1994; 55:543-544.
23. Lovestone S, Howard R : *Depression in Elderly People*. Martin Dunitz Ltd. Revised ed, 1997: 58-59.
24. McCue RE: Yaşlılarda trisiklik antidepresan kullanımı. İleri Yaşlılarda Görülen Psikiyatrik Bozukluklar. Ed: Alexopoulos GS Çev: Engin Eker, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı. İstanbul 1994: 139-159.
25. Meyers BS, Kalayam B: Update in geriatric psychopharmacology. *Psychosom Med*. 1989; 19:114-137.
26. Molberg PJ, Lazams LW: Psychotherapy of depression in the elderly. *Psychiatric Annals*, 1990; 20(2):92-99.
27. Myers WA: Psychotherapy and the elderly patient. Review of Psychiatry V.9 Eds: A J Frances, RE Hales American Psychiatric Press Inc. Washington, 1990: 263-278.
28. Nayak D: In defense of polypharmacy. *Psychiatr Annals* 1998; 28:4:190-196.
29. Newhouse PA: Use of selective reuptake inhibitors in geriatric depression. *J Clin Psychiatry* 1996; 57 (suppl: 5),12-22.
30. Oxman TE: Antidepressants and cognitive impairment in the elderly. *J Cim Psychiatry* 1996; 57(suppl:5), 3 8-44.
31. Reynolds CF: Treatment of major depression in later life: A life cycle perspective. *Psychiatric Quarterly*, 1997; 68(3):221-246.
32. Roth M, Mountjoy CQ, Amrein R ve ark: Moclobemide in elderly patients with cognitive decline and depression. *Br J of Psychiatry* 1996; 168:149-157.
33. Rothschild AJ: The diagnosis and treatment of late-life depression. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(suppl:5),5-1 1.
34. Salzman C: Monoamin oksidaz inhibitörleri ve atipik antidepresanlar. İleri yaşlılarda görülen psikiyatrik bozukluklar. Ed: Alexopoulos GS Çev: Engin Eker, Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı, İstanbul 1994: 159-181.
35. Salzman C, Durand C : An overview of the treatment of geriatric disorders. *Current Psychiatric Therapy*. Ed: DL Dunner WB Saunders Company Philadelphia, 1993: 80-89.
36. Sherill JT, Frank E, Geary M ve ark: Psychoeducational workshops for elderly patients with recurrent major depression and their families. *Psychiatric Services*, 1997; 48(1):76-81.
37. Sungur MZ: Depresyonda kognitif terapiler. *Depresyon Monografileri Serisi*. Hekimler Yayın Birliği, 1993; 10:447-459.
38. Thompson LVV: Cognitive-behavioral therapy and treatment for late-life depression. *J Clin Psychiatry* 1996; 57(suppl 5):29-37.
39. Young RC: Pharmacological treatment of depression. *Psychiatric Annals* 1990; 20(2):102-107.
40. Yüksel N, Köroğlu E: Yaşlılık çağı psikofarmakolojisi. *Klinik Uygulamalı Psikofarmakoloji* Ed: N Yüksel, E Köroğlu Hekimler Yayın Birliği, Ankara 1991: 279-297.