

---

# Yaşlıya ve Demanslı Hastaya Psikososyal Yaklaşım

Doç. Dr. Erol GÖKA\*, Uz. Dr. Çiğdem AYDEMİR\*

## A. YAŞLILIKLA İLGİLİ BAZI TEMEL KONULAR

Yaşlılığın nasıl tanımlanacağı ya da kimlere Yaşlı denileceği oldukça tartışmalı bir durumdur. Bugün yaşlılığın 65 yaş ve sonrası esas alınarak, normal yaşam sürecinin son devresi olarak tanımlanması, birçok tanımsal soruna rağmen genelde kabul görmektedir. Yaşlı nüfus, başta yaşam beklentisi yüksek olan gelişmiş ülkeler olmak üzere tüm dünyada giderek artmaktadır. Örneğin ABD’de 65 yaşını geçen nüfus, 1860’larda yalnızca 37 kişiden biri düzeyinde iken, 1960’da bu oran altıda bir olmuştur; yine bu ülkede yaşlıların 2000 yılında 35 milyon (toplam nüfusun %11’i), 2030 yılında ise 64 milyondan daha fazla sayıya (toplam nüfusun %21’i) sahip olacakları hesaplanmaktadır. Yaşam beklentisinin de bununla koşut olarak arttığı göz önünde bulundurulursa, en hızla artan yaş dilimlerinden birisinin de 85 yaşın üstü olması şaşırtıcı olmayacaktır. Yaşlı insanlar yalnızca sayısal olarak artmamakta, dünya ekonomisini temelden sarsacak yepyeni bunalım ve değişimlerin temelinde de dünya nüfusunun yaşlanması bulunmaktadır. “Yeni bir sınıf doğmuştur. İnsanlık tarihinde ilk defa, toplumlarımız ekonomik olarak faal

olmayan, yaşı ilerlemiş, fakat oy veren büyük bir grup içerecektir. Bunlar sağlık gibi pahalı sosyal hizmetlere gereksinim duyan ve gelir kaynakları büyük ölçüde devlet olan kişilerdir” diyen Thurow (1997) tam da bu gerçeğe işaret etmektedir.

Ülkemizde de Devlet İstatistik Enstitüsü’nün (DİE) yaptığı istatistiklere göre 63 milyon olan nüfusun ortalama %4.7’sini 65 ve üstü yaş grubu oluşturmaktadır. Yaşlılıkla ilgili önemli bir demografik veri de, kadınlarda beklenen ortalama yaşam sürelerinin daha uzun olması nedeniyle, yaşlı nüfus içinde kadınların erkeklerden daha fazla olmalarıdır. Kadınların erkeklerden daha uzun yaşamaları, yaşlıların medeni durumlarını da doğrudan etkilemektedir; yaşlı bir erkeğin evlenmesi, yaşlı bir kadının evlenmesinden daha kolay olması nedeniyle, yaşlı kadınların çoğu dul iken yaşlı erkeklerin çoğu evlidir (Onur 1995, Jarvik ve Small 1995, Rue 1995).

Psikolojik yaşlanma; bilişsel beceriler örneğin zeka, dikkat, öğrenme, bellek, dil, görsel-uzamsal yetiler, akıl yürütme ve bilişsel esneklik gibi alanlardaki değişiklikler, bunun yanında kişiliğin ve emosyonel davranışın örneğin duygudurum, güdülenimler ve başetme becerileri gibi çeşitli nitelikler açısından yaşlı bir insanda genelde ortaya çıkan davranış değişimleriyle ilgilidir.

---

\* Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, ANKARA

Böyle kapasite ve eğilimler, bir insanın yaşlanma sürecinde ortaya çıkan fiziksel değişimlere (hemen hemen tüm duylarda düşüş olması, hareket ve motor beceriler alanında gerileme, sinir sisteminde refleks ve tepkilerin azalması, kalp-damar sisteminde yavaşlama vs), yaşlılıkla birlikte farklılaşan sosyal rol ve beklentilere ne denli uyum sağlayabileceğinin belirlenmesinde çok önemlidirler. Örneğin görme ve işitme duyusundaki azalmalar, insanlararası etkileşimi büyük ölçüde etkiler ve duygusal güçlükler yol açar. Aynı şekilde fiziksel değişikliklerin kabul edilmemesi, yaşlılara özgü bir paranoid düşünme tarzına neden olabilir.

Ancak psikolojik ve fiziksel yaşlanma hakkında konuşurken mutlaka göz önünde bulundurulması gereken bir nokta, ortalama yaşam süresi beklentisinin tıbbi gelişmelerin ve yaşam niteliklerinin kalitesinin artmasıyla her geçen gün uzaması sonucu bu alandaki bilimsel bilginin geçersizlenmesidir.

Çoğu zaman yaşlanma sürecindeki değişim farkedilmeyecek kadar yavaş olduğundan birçok yaşlanan insan bu sürece uyum sağlayabilmekte; ancak çok ileri yaşlarda psikolojik yaşlanmayla birlikte gündeme gelen değişiklikler belirginleşmeye başlamaktadır (Rue 1995).

### 1. Yaşlanma Sürecinde Bilişsel İşlevlerde Oluşan Değişiklikler

Yaşlanmanın entellektüel yönlerine geçen 50 yıl boyunca gerontolojistler, büyük bir dikkat göstermişlerdir. İlk araştırmalar, standartlaştırılmış zeka testleri üzerine yaş etkeninin performansta yaptığı değişiklikler konusuna odaklanmışken, daha yakın zamanlardaki araştırmalar devamlı dikkate karşı bölünmüş dikkat, ifade (expressive) dile karşı alımlayıcı (receptive) dil gibi daha spesifik bilişsel becerileri incelemekte ve yaşın etkisiyle ilgili, nakletme stratejilerindeki farklılıklar ve beyinde ortaya çıkan değişiklikler gibi süreçleri belirlemeye çalışmaktadırlar.

**a. Yaş ve zeka:** Gelişim psikolojisinde uzun yıllar boyunca zekanın yaşlılıkta azaldığı görüşü benimsenmişse de günümüzde yapılan boylamsal araştırmalar, daha çok geçmişteki kesitsel araştırmalardan kaynaklanan bu görüşleri, büyük ölçüde yanlışlamıştır. Yapılan araştırmaların sonucunda zeka testi puanlarında 55-73 yaşları

arasında çok küçük bir azalma olurken, daha fazla azalmanın ancak 73-85 yaşları arasında sözcük dağarcığıyla ilgili olduğu; üstelik bu değişimlerin zeka testlerinin farklı bölümleri için değişiklikler gösterdiği saptanmıştır (Onur 1995, Rue 1995).

Ayrıca araştırmalar, zekanın sözel olmayan, performansla ilgili yönlerinin ve akıcı (fluid) zekanın diğer zeka bölümlerine göre yaştan daha çok etkilendiğini ortaya koymaktadır. Bu olguya getirilen açıklama, akıcı zeka türünün özgün bir yaşantıdan ziyade daha çok beyin işlevlerine bağlı olduğu; bu yüzden beyinde yaşla birlikte ortaya çıkan, kortikal ve subkortikal büyük nöron kayıpları ve dendritlerin dearborizasyonu, belirli nörotransmitterlerdeki depleksiyon, mikrovasküler olaylar gibi değişikliklerin akıcı zekadaki azalmadan sorumlu tutulması gerektiği şeklindedir. Oysa sözel yetilere dayalı birikimli (crystalized) zeka, eğitime ve bilişimsel entellektüel aktiviteye bağlıdır; toplumsal deneyimler sırasında kazanılmaktadır. Bu yüzden birikimli zeka yaşla birlikte artar ya da en azından azalma göstermez.

Yaşla birlikte beyinle bağlantılı nöropsikolojik modeller ve davranışsal değişikliklerin henüz özgün bir nedeni bulunamamıştır. (Örnek, Bayraktar ve Özmen 1992, Onur 1995, Rue 1995).

**b. Dikkat:** Dikkat, tüm bilişsel ödevlerin yerine getirilmesinde işlevseldir. Yaşla birlikte devamlı dikkatteki azalmalar ihmal edilebilecek düzeydedir; buna karşılık çok sayıda uyarıcı bölünmüş dikkat ya da dışsal enformasyonların görmezden gelinmesi, yaşlılıkta gençlere göre genellikle daha zor yapılabilmektedir. Ancak yaşlılar, yaşadıkları zaman içinde dikkatlerini nasıl kullanmaları, nelere dikkat etmeleri gerektiği konusunda gençlerden daha çok bilgi ve deneyim sahibi olduklarından bu eksikliklerini büyük oranlarda telafi edebilmektedirler.

**c. Öğrenme ve bellek:** Yaşlanma sürecinden en çok etkilenen, bilişsel işlev, öğrenme ve bellektir. Yaşlılar, bir isim, bir telefon numarası gibi küçük bilgileri kısa süreli olarak belleklerinde tutabilme konusunda, yani kısa süreli bellek işlevlerinde gençler kadar yeterlidirler. Ama eğer kaydedilen bilginin manüplü edilmesi ya da bir başka şekle dönüştürülmesi istenirse, yani işleyen bellek (working memory) ya da ikincil bellek alanında

gençler lehine farklılıklar ortaya çıkmaya başlamaktadır.

Aslında yaşlı kişilerin sorunu bir bilgi belleğe aktarıldıktan sonra onun orada saklanması değil, o bilgiyi getirecek, hatırlatacak ipuçlarını bulma noktasındadır. Bir başka deyişle yaşlı kişilerde, biriktirilmiş bilgiyi geri çağırma mekanizmasında ve stratejilerinde güçlük bulunmaktadır. Fakat başlangıcı ellili yaşlara kadar inen bu tür bellek sorunlarını tüm yaşlılar, yaşamamakta; kimileri yaşları ne kadar ilerlerse ilerlesin, gençlik dönemlerindeki bellek kapasitesini sürdürülebilmektedir.

Uzun süreli bellek ise, yaşla birlikte pek azalma göstermemektedir. Bu yaşlıda bilgi bir kez işlendikten yani ikincil belleğe dahil edildikten sonra, orada kalma eğilimi gösterdiğinin kanıtıdır (Onur 1995, Rue 1995).

**d. Dil:** Dili etkili biçimde iletişimde kullanabilme yetisi, yaşla birlikte sabit kalmaktadır. Yaşlılıkta iletişim güçlükleri daha çok görme ve işitme alanındaki duyuusal yetimlere bağlıdır. Ancak isimleri ve kelimeleri hatırlama konusunda yaşlılıkta ortaya çıkan güçlükler, normal yaşlanma sürecinde pek sorun çıkarmasalar da, genel olarak yaşlılar, bu alanda gençlerin gerisinde kalmaktadırlar. Uzun ve karmaşık iletişimlerini sürdürülebilmek alanında da yaşlılar belli ölçülerde geri kalmaktadırlar.

**e. Görsel-uzamsal (visuospatial) yetiler:** Sözel olmayan iletişimlerini süreçleme ve manipüle etme alanlarında yaşlıların daha zayıf oldukları bilinmektedir ama henüz bunun nedenleri tam olarak anlaşılabilmiştir. Yaşlılar görsel-uzamsal ödevleri yerine getirirken özellikle bir tipten diğerine geçiş tipi ödevlerde oldukça zorlanırlar. Bu durumun nedeni, bu tip ödevlerde kullanılan araçların oldukça yeni ve anlamsız olmaları, oysa yaşlıların bu tip ödevleri yapabilmek için alışkanlıklardan yararlanma yoluna gitmeleridir. Bu yüzden son zamanlarda, bu tarz araştırmalar, örneğin tanıdık bir marketteki malzemelerin yerleştirilmesi gibi, daha gerçekçi alanlarda yapılmaktadır. Bu araştırmalar, yaşlıların tanıdık ortamlarda görsel-uzamsal becerilerinin gençlerden pek geri kalmadığını göstermektedir. Bu sonuç, yeni görsel-uzamsal beceriler için daha

ziyade yaşlılarda zayıf kalmış olan işleyen belleğe gereksinim olmasıyla açıklanmaktadır.

**f. Akıl yürütme (reasoning), bilişsel esneklik ve yaratıcılık:** Tıpkı görsel-uzamsal yetiler alanında olduğu gibi akıl yürütme alanında da soyut mantıksal ve tanıdık olamayan laboratuvar çalışmalarının sonuçlarıyla, gündelik problemlerin çözümüne dayanan araştırma sonuçları arasında büyük bir uçurum bulunmaktadır. Birçok çalışmada yaşlıların, çoğunlukla kliniklerde kullanılan nöropsikolojik test prosedürleri de dahil olmak üzere, soyut akıl yürütme ödevlerinde geride kaldıkları bulunduğu halde, gündelik problemlere çözüm bulmaya yönelik araştırmalarda yaşlıların tam tersine genç yetişkinlerden daha makul ve uygun yanıtlar verdikleri görülmüştür.

Yaşlıların düşünme süreçlerinde katılık ve somutlaşma olduğuna ilişkin tezler ise, henüz araştırmalar tarafından kanıtlanamamıştır.

Yaratıcılık, tanımlanması dolayısıyla araştırılması oldukça güç olan bir kavramdır. Düşünceleriyle ve eserleriyle büyük adam olduklarına inanılan ve bu konuda genel bir fikir birliği bulunan kişilerin “yüksek nitelikli ürün”lerini yaşamlarının hangi yıllarında ürettiklerine bakan bir araştırmada, bu oranın 30’lu yaşlarda en yüksek olduğu, sonra giderek azalma kaydettiği, 50 yaşına kadar %80’inin tamamlandığı ortaya çıkmıştır. Elbette büyük insanların “yüksek nitelikli ürün”lerinin çok büyük bir kısmını yaşlılık döneminden önce üretmiş olmalarının tek nedenini yaşlılığın etkisiyle açıklamak zordur. Çünkü araya giren hastalık, pratik sorunların öne çıkması, duyuusal kapasitede azalma gibi birçok etken olabilir. Tarih boyunca ve bugün, ilerlemiş yaşlarına rağmen, düşünce, bilim, sanat ve devlet yönetimi alanlarında birçok başarılar göstermiş çok sayıda insan, yaratıcılık ve yaşlılık sorununun bir başka açıklaması olması gerektiğinin kanıtı gibidirler (Onur 1995, Rue 1995).

**g. Hız ve bilişsel yaşlanma:** Zihinsel ve fiziksel alandaki yavaşlama, yaşlılıkta olduğu öne sürülen tüm psikolojik yaşlanma değişiklikleri içinde en güvenilir olanıdır. Hızla ilgili ödevlerdeki performansın tüm diğer bilişsel işlevlerdeki performansla koşutluk göstermesi, zihinsel hızdaki azalmanın yaşlılıkta ortaya çıkan tüm değişikliklerin temelinde yer alabileceğini düşündürmektedir.

Yaşlanma, bu nedenle bazen, biyolojik yaşlanma etkilerinin bir göstergesi olarak görülmüştür (Rue 1995).

**h. Bireysel farklılıklar:** Yukarıda sunmaya çalıştığımız psikolojik yaşlanma konusundaki tüm çalışmalardan elde edilen bilgilerde, bireysel farklılıklar ihmal edilmiştir. Oysa yetişkinlerin bilişsel performanslarında yaşın değişken olarak etkisi %20'den daha az bulunmuştur. Son zamanlarda yapılan davranış genetiği alanındaki çalışmalar, sağlıklı yaşlı kişilerdeki bellek işlevlerindeki bireysel değişikliklerin en azından %50'sinin genetik etkene yüklenebileceğini göstermektedir (Finkel ve McGue 1993). Eğitim, etnik ve dilsel arkaplan, genel sağlık, yaratıcı etkinliklere katılım gibi etkenlerin de yaşlılık dönemindeki bilişsel performansı büyük ölçüde etkiledikleri, bu arada cinsler arasındaki belirli bilişsel beceri farklılıklarının mutlaka hesaba katılması gerektiği söylenmektedir. Henüz klinik düzeye ulaşmamış depresif belirtilerin ve iyilik halindeki azalmaların bile bellek yetilerinde öznel değişikliklerle birlikte olduğu ve hatta nesnel test performanslarında hafif azalmalar yapabilecekleri unutulmamalıdır (Rue 1995).

## 2. Yaşlanma Sürecinde Kişilik, Duygudurumu ve Moral

Uzunlamasına çalışmalardan elde edilen veriler, yaşlılık döneminde temel kişilik özelliklerinin değişmediğini göstermektedir (Kogan 1990). Fakat daha Erik Erikson'la birlikte başlayan bir gelenek, her yaş döneminin aşmak zorunda olduğu temel bir gelişimsel görevi ve buna göre şekillenen karakteristik bir özelliği olduğunu ileri sürmektedir; yaşlılık döneminin gelişimsel görevi umutsuzluğa karşı ego bütünlüğünün korunmaya çalışılmasıdır.

Ama henüz yaşlılık dönemi için cinsler, kültürler üstünde tek biçimli bir değişiklik olduğu araştırmalarla kanıtlanamamıştır. Tam tersine yaşlı kadınların talepleri ve fırsatları erkek yaşlılardan oldukça farklıdır. Örneğin Amerikan orta sınıf kadınlarla yapılan, orta yetişkinlikteki ve yaşlı kadınları karşılaştıran bir araştırmada, 50'li yaşlara yaklaşırken kadınların bağımlılıklarının azaldığı, girişkenlik ve etkinlik duygularının arttığı saptanmıştır. Yine benzer sosyoekonomik gruplardan gelen erkeklerde yapılan bir çalışma

onların yaşlanmaya başladıkça kişilerarası yönelimlerinde bir artış olduğu kaydedilmiştir (Rue 1995). Kültürel etkenlerin tabloyu ne kadar etkiledikleri ise, bir başka tartışmalı konudur. Örneğin yakın zamanlarda yapılan bir çalışmada ABD'de yaşlıların çoğunun çocuklarına bağımlı hale gelmekten korktukları, buna karşılık Hindistan'da en iyi yaşlanma yolunun çocuklara bağımlılık olarak görüldüğü; aynı şekilde ABD'de genç yetişkinlerin Hintli genç yetişkinlere göre daha olumlu bir yaşlı kişi algıları olduğu ortaya çıkmıştır (Onur 1995).

Demek ki, bu alanda daha gerçekçi hipotezler ortaya koyabilmek için birçok yeni araştırmaya gerek vardır. Buna rağmen ampirik araştırmalarda ortaya çıkan yaşla birlikte kişisel olgunlaşmada bazı ortak noktaların olmasını kimi araştırmacılar (Neugarten 1970), yaşlılardan beklenen kültürel rol ve davranışlarla açıklamaya çalışmışlardır. Buna göre insanlar, içlerinde taşıdıkları bir sosyal saate göre yönelirler. Yaşla birlikte bu toplumsal saat, onların toplumun beklentilerinin neresinde olduklarını bakmalarına, bu beklentileri içselleştirmelerine çalışır. Buna karşın her bir toplumun yaşlılığa bakışımın da zamanla değiştiği gerçeği gözden uzak tutulmamalıdır (Busse 1983).

Yaşlı kişilerin çoğu eşlerini ve yakınlarını kaybetmişlerdir; fiziksel sağlıklarında önemli sorunlar ortaya çıkmaya başlamıştır. Tüm bunlarla başetmeye çalışmak, duygudurum ve moral açıdan güçlükler yaratır. Fakat buna rağmen araştırmalar, birçok yaşlının yaşamlarını hoş ve üretken olarak değerlendirdiklerini göstermektedir (Aydemir 1995, Palabıyıkoglu 1992).

Sağlıklı insanların emosyonel açıdan olumlu veya olumsuz bir tutum takımlarının birçok belirleyeni vardır. Yakın zamanlarda ikizlerle ve çokkuşaklı ailelerle yapılan bir çalışma, genetik yükün olumlu duygulanımlardan ziyade olumsuz olanlara daha fazla etki yaptığı ortaya çıkmıştır. Bu araştırmaya göre olumlu duygular da ailesel benzerlikler göstermektedir fakat bunun nedeni genetik olmaktan çok paylaşılmış çevreden kaynaklanmaktadır (Baker ve ark. 1992).

Daha yüksek moralli yaşlılar, daha iyi eğitim görmüş ve sosyoekonomik durumu daha iyi olan yaşlılar arasından daha çok çıkmaktadırlar.

Fiziksel yetiyikimleri yaşlıların moralini gençlerden daha olumsuz etkilemekte ama buna karşın yaşlılarda stresli yaşam olaylarının etkisi pek o kadar olmamaktadır. Yaşlı insanların iyi olma duyguları, stres ve kayıplardan ziyade amaçların elde edilmesindeki başarıyı algılamakla daha sıkı bir bağ içermektedir. Moralin sürdürülmesinde yakın toplumsal ilişkiler, dostluklar çok önemlidir ve birçok yaşlı, güvenebileceği en azından bir kişi olduğunu bildirmektedir. Erkek yaşlılar için bu kişi genellikle eşi iken, kadınlar için çok farklı kaynaklardan gelebilmekte; yaşlılıkta kardeşler ve çocuklarla ilişkiler önemli olmaktadır (Rue 1995).

### 3. Yaşlılığın Sosyokültürel Yönleri

Yaşlılıkta değişen insanın yalnızca psikolojik ve fiziksel yönleri değildir; aynı zamanda aile ve toplumsal yaşamda da önemli değişiklikler olmaktadır. Yaşlı bir insanı bekleyen en önemli toplumsal değişikliklerden birisi, emekliliktir. Eğer eş çalışıyorsa, aşağı yukarı aynı zamanlarda onun emekliliği de gündeme gelecektir. Emeklilik, bir anlamda gelirden ve dolayısıyla yaşam düzeyinde düşüş demektir. Hastalık gibi durumlarda, bu olumsuz ekonomik tablo, daha da bozulur; artık ebeveyn, çocuklarının, akrabalarının desteğine gereksinim duyar hale gelmiştir. Batılı modern toplumlarda çok sıkça gündeme gelen bir konu olmasına rağmen, araştırmalar, buralarda geniş aile ilişkilerinin tam anlamıyla sona ermediğini, yaşlılarla ilgilenen kurumsal yapıların ortaya çıkmasıyla ailenin rolünün bitmeyip yalnızca değişikliğe uğramış olduğunu göstermektedir. Çekirdek aileyle birlikte ailenin bireyin etkinlikleri üzerindeki etkisi azalmış olsa bile sevginin rolü derinleşmiştir. Ortalama yaşam süresinin ve yaşam beklentisinin artması, ailenin yaş kompozisyonunda da önemli değişimlere neden olmuştur. Çocuklar, artık ailenin küçük bir bölümüdür; genel olarak yaşlıların, özel olarak gençlere bağımlı yaşlıların sayısı artmaktadır. Kuşakların birbirlerini tanıma ve etkileşimde bulunma fırsatları, öncekiyle kıyaslanmayacak ölçülerdedir.

Ortalama yaşam süresinin uzamasının getirdiği bir başka sonuç da, birçok ebeveynin kendi çocuklarıyla birlikte yaşlanmasıdır. Emekli olan ve kendi çocuklarını evlendiren ebeveyn, şimdi

de kendi ana-babalarına bakmak durumundadır. Bu, "orta yaş sıkışması" adı verilen bir tabloya yol açmaktadır. Orta yaşlı olanlar, hem çocuklarının hem ana-babalarının istemleriyle yüzyüzedirler.

Kadınların erkeklerden daha düşük ölüm oranları göstermeleri ve kendilerinden büyük erkeklerle evlenmeleri, onların dulluk oranlarını arttırmaktadır. Buna yaşlı erkeklerin kadınlara oranla 5 kat daha fazla evlendikleri olgusu da eklendiğinde 65 yaşın üstünde (ABD için) bekar kadınların erkeklere oranla 3 kat daha fazla olması gibi bir durum çıkmaktadır.

Yaşlandıkça, doğal olarak akrabaların sayısı da artmaktadır. Doğum oranındaki düşüş, bebek ölüm oranlarındaki düşme ile birleştiğinde, bugünün dünyasında daha köklü kuşaklararası ilişki ve daha dayanıklı sosyal destek olanakları ortaya çıkmakta ve bu şekilde bir yönelim görülmektedir.

Özellikle batılı modern toplumlardaki yaşlıların yaşam stillerinde belirgin değişiklik vardır. Artık bu toplumların yaşlıları, kendi çocuklarına bağımlı ve yük olarak yaşamaktansa, kendi başlarının çaresine bakmayı ve bağımsızlığı yeğlemektedirler. ABD'de 65 yaşını aştığı halde çocuklarının yanında kalan yaşlıların sayısı %15'lerin altına inmiştir ve zaten onların da büyük kısmı kendilerine bakamayacak kadar hasta ve yoksul olanlardır. Fakat bağımsızlığı seçmek, yaşlıların kendi tercihleridir ve onlar asla bir kenara atıldıklarını düşünmemekte; yalnızlığı seçmelerine karşın akrabalarıyla, özellikle torunlarıyla ilişkilerini olabildiğince sürdürmeye çalışmaktadırlar. Yaşlılar, buna rağmen nesnel, geleneksel akraba ilişkilerine değil de öznel, duygusal ilişkilere önem vermekte; güvenebileceği dostlara sahip olduklarını söyleyen yaşlıların sağlıkları ve yaşam doyumları da daha yüksek olmaktadır.

Yaşlıların arkadaşlık ilişkileri konusunda yapılan araştırmalar, birbirleriyle farklı sonuçlar vermektedir. Bazı araştırmalar uzun süreli ilişkilerin yaşlılıkta korunduğunu, bazı araştırmalar ise, zayıfladıklarını söylemektedir. Ama birçok araştırmanın desteklediği olgu, kadın yaşlıların erkeklerden daha derin ve anlamlı ilişkiler kurabildikleridir. Bu nedenle yaşlı erkekler eşlerini yitirdiklerinde daha zor durumda kalmaktadırlar.

Araştırmalar, yaşlılıkta arkadaşlıkların ailenin yerini tutmadığını, zor durumda olan, kurumda kalan yaşlılarla ailelerin daha çok ilgilendiğini göstermektedir.

Yaşlıların belli başlı toplumsal sorunlarını belirlemeye çalışan çok yönlü inceleme ve araştırmalar, bunların gelir, sağlık, bakımevi, ulaşım ve beslenme olmak üzere beş kategoriye ayrılabilirceğini söylemektedirler. Bunlara eğitim, iş, emeklilik sonrası roller, tinsel gereksinimler, güvenlik gibi diğer önemli sorun alanları da eklenebilir. Bütün bu sorunların çözümü için atılacak adımlar, yaşlıların toplum içinde, topluma uyumlu, istek ve gereksinimleri yeterince karşılandığı için doyumlu kimseler olarak yaşamlarını sürdürebilmelerine hizmet edecektir (Onur 1995).

Kültürü, toplumsal olarak elde edilmiş dil ve semboller yoluyla aktarılan, toplumsal etkileşimlere rehberlik eden ve toplumsal rolleri belirleyen normlar, inançlar ve değerler kümesi ya da kişinin onlar aracılığıyla yaşamının anlamını bulduğu filtreler şeklinde tanımlayabiliriz. Ama yaşlılar için en uygun yerinde kültür tanımı, tamamlanmamış bir yaşam yönergeleri seti şeklinde olacaktır. Çünkü bu yönergeler, ya tam olarak iletişim kurulamaması ya da bunun yeterince becerilememesi veya yaşamın sürdürüldüğü toplumsal bağlamın önceden yürürlükte olan başarılı kültürel hükümlere meydan okuması yüzünden hep tamamlanmadan kalmaktadırlar. Bu yüzden yaşayan kültürler, bir biçimde kendi yaşam tasarımlarını yeniden modellemek zorunda kalmaktadırlar. Bu açıdan bakıldığında ya da yukarıda toplumsal açıdan söylediklerimizi şimdi kültürel perspektiften dile getirecek olursak, günümüzde yaşlılık, bir meydan okumayla karşı karşıyadır. Örneğin tarihte hiçbir ulus, bugün ABD'de olduğu kadar yaşlı insana sahip olmamıştır. Dolayısıyla bunun ardından yeni kültürel normlar ve yeni yönergeler gelmek zorundadır.

Yeni durumun ortaya çıkardığı gerçeklerden biri de, daha önce söylediğimiz gibi, ortalama yaşam süresinin uzamasıyla kuşaklararası ilişkilerin ve etkileşimlerin yoğunluk kazanmalarıdır. Ancak bu noktada ebeveyn-çocuk etkileşimleri alanında bazı sorunlar karşımıza çıkmaktadır. Ülkelerin çoğunda ebeveynin belli bir yaşa kadar çocukları-

Tablo 1. Türkiye'de yaşlılara hizmet veren kurumlar ve kapasiteleri

1. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu'na bağlı huzurevleri	44	5182
2. Bakanlıklara bağlı huzurevleri	19	1868
3. Vakıf huzurevleri	21	1358
4. Azınlıklara bağlı huzurevleri	6	900
5. Özel huzurevleri	22	770
<b>Toplam</b>	<b>116</b>	<b>10870</b>

na bakma zorunlulukları yasal hükme bağlanmıştır ama yaşlı ebeveyn kimin bakacağı hukuksal dayanaktan yoksundur ve hukukun olmadığı yerde kültürün sözü geçmektedir.

Örneğin Çin'de yaşlıların aile ve toplum içinde buldukları güçlü konum nedeniyle neredeyse bir tür gerontokrasiden söz edilmektedir. ABD'de olan durumun aksine Çinli yaşlılar, kendi çocuklarıyla birarada oturmayı tercih etmektedirler. Türkiye'de ise yaşlılar yaşamlarını çoğunlukla bağımsız olarak veya ailelerinin yanında sürdürmektedirler. Bu durum ekonomik zorluklar ve sosyal sistemin yapısından kaynaklanmaktadır. Her ne kadar geniş aileden çekirdek aileye bir geçiş olsa bile bu yapının içinde yaşlılar bir yer alabilmekte bakım ve saygı görmektedir, hatta torunların bakım ve gözetimi gibi işlevselliklerini sürdürecektir rol alabilmektedirler (Öztürk ve Volkan 1971). Yaşlı bireyler nadiren huzurevi gibi kurumlara yerleştirilmekte ve aile içinde son noktaya kadar bakılabilmektedirler. Bunda yaşlılara hizmet veren huzurevi veya bakımevi gibi kurumların koşullarının yetersizliği ve kapasitelerinin azlığının rolü vardır (Tablo 1).

## B. DÜNYADA VE ÜLKEMİZDE PSİKOSOSYAL YÖNLERİYLE DEMANS

Ortalama yaşama süresinin uzaması sağlık açısından tartışmasız bir biçimde olumlu bir göstere niteliğindedir ama bir yandan da kronik hastalıkların, bununla birlikte demansın çeşitli biçimlerde ortaya çıkmasına zemin hazırlayan bir durumdur. ABD'de yapılan çalışmalarda toplumun yaklaşık (%5-6'sının ağır demans hastası olduğu ve 80 yaşın üstündeki grubun %20'sinde demans olduğu saptanmıştır (Gelder ve ark. 1988). Türkiye'de bu konu ile ilgili olarak epidemiyolojik araştırma yoktur ama yapılan ilk

çalışmada bir geriatrik psikiyatri bölümüne başvuran hastaların yaklaşık %35'inin demans hastası (%17 Alzheimer, %7 vasküler demans, %11 diğer demans tipleri) olduğu saptanmıştır (Güngen ve ark. 1998).

Demanslar, bu hastalık belirtilerini gösteren kişi için olduğu kadar onun ailesinin, yakın çevresinin yaşamını büyük ölçüde olumsuz yönde etkilemektedir. Artık bir toplum sorunu olduğu açıkça farkedilen demans, büyük ölçüde yaşlı hastalarla ilgilidir. Çünkü bilişsel bozuklukların yıllık insidansı 65 yaşın üzerinde %4,6 iken bu oran genç yetişkin nüfus için ancak %0,4'tür (Henderson 1995). Demansın sosyal yönleri, o ülkenin kültürüne, sosyoekonomik durumuna, sağlık ve sosyal yardım programına göre farklılıklar göstermektedir.

Yaşlı grubun toplum içindeki oranı artsa bile bu grubun ABD gibi gelir düzeyi dolayısıyla refah düzeyi yüksek bir ülkede bile toplumun diğer kesimlerine göre görece daha kısıtlıdır. Toplumun yaklaşık %10'unu oluşturan 65 yaşını aşan nüfus, sosyoekonomik açıdan yoksulluk düzeyindeki insanların ise %20'sini teşkil etmektedir. Bu dezavantajlı konum, sağlık hizmetlerinden yararlanma oranlarına da açıkça yansımaktadır. Psikiyatrik tanı alan hastaların ortalama %40'ı bir psikiyatriste ulaşma şansına sahipken, bu oran, yaşlılarda %3'e kadar gerilemektedir (Schurman ve ark. 1985).

Ülkemizde ise sosyal güvenlik kuruluşlarımızın oldukça yeni sayılabilecek tarihlerde etkin olması nedeniyle, 65 yaşını aşmış olan nüfusun çok büyük bir kesiminin hemen hemen hiç bağımsız bir maddi gelirleri olmadıkları gibi, herhangi bir sosyal güvencelerinin de bulunmadığı, çocuklarının veya yakın çevrelerinin desteğine muhtaç bir durumda oldukları bilinen bir gerçektir. Yaşlı bir kimsede bir sağlık problemi veya işlevsel bir yeti yıkımı ortaya çıkması halinde, nasıl bir açmazın gündeme gelebileceği, yaşlı insanın veya onun bakımını üstlenen kişilerin tıbbi tedavi, temel gereksinimler ve destek hizmetlerinden yararlanma gibi koşullar arasında sıkışıp kaldıkları açıktır.

Çok az bir oranda olan geriye dönüşlü demansları hesaba katmazsak, demansın tedavisi için henüz kesin bir yol bulunmamaktadır; bu

yüzden tedaviden ziyade bakım kavramı öne çıkmaktadır. Bakım kavramının öne çıkması, modern tıp tekniklerinin sağladığı imkanlara göre değerlendirildiğinde, henüz tam ve tedavi giderlerinin bile toplumun büyük çoğunluğu için karşılanmaktan uzak olduğu sosyoekonomik düzeyi geri ülkelerde, bir anlamda demanslı hastaların ve sahiplerinin kendi başlarının çarelerine bakmaları demektir. Demanslı hastaların toplum içinde yaşamakta oldukları yerlere (tek başına, sokakta, yaşlı eşle birlikte, ailenin yanında, huzurevinde) göre yakınmalar ve sorunlar değişik olmaktadır. Hastalar evde bakılmayacak düzeyde belirti sergilediklerinde nasıl yardım alacakları konusu, her ülkenin kendi sağlık ve sosyal yardım programlarına göre değişmektedir.

Gelişmiş ülkelerin bu alandaki deneyimleri, bizim gibi henüz yeni adım atacak olan ülkelere çok yararlı olabilir; bir yandan onların olumlu yanlarını yaşama geçirmeye çalışırken bir yandan da yaşadıkları güçlüklerle ve olumsuzluklara karşı daha en başından önlemler geliştirmeye çalışabiliriz (Ceylan ve Göka 1998).

Örneğin ABD'deki yaşlı demanslı hastalar, davranış problemleri gösterdiklerinde ve sosyal güvenceden yoksun olduklarında onları bir bakımevine yerleştirmede birçok zorluk vardır. Özel hastaların kalabildiği kuruluşlarda ise, psikiyatrist bulundurmamak gibi denetim gerektiren sorunlar bu hastalara yeterli bakım vermemek ve hatta onların sağlıkları aleyhine çalışmak gibi suistimler olmaktadır (Liptzin 1989).

Dünyanın en gelişmiş ülkelerinde bile, insan sağlığına verilen öneme ve insan yaşamını maddi olarak ölçmeye karşı oldukça duyarlı bir kamuoyuna rağmen, sağlık harcamalarına ayrılan payın giderek artması, yeni tedbirler alınmasına, yapılan harcamaların ekonomik bakımdan titizlikle değerlendirilmelerine yol açmaktadır. Bu tür sorunların en çok gündeme geldiği alanlardan biri de, orta ve şiddetli düzeyde bilişsel yıkımı olan demanslı hastalarla ilgilidir. Bu yüzden bu ülkelerde demanslı hastalarla ilgili olarak, sağlık ve sosyal yardım hizmetlerinden daha çok insanın yararlandırılması amacıyla, kurumsal bakımdan evde bakım, gündüz bakımı (day care), geçici bakım (respite care) gibi kurumsal olmayan veya kurumsallığı olabildiğince azaltan alternatif uygulamalara geçmenin daha uygun olup olma-

yacağı tartışılmaktadır (Plotkin 1995, Katz ve Smith 1995).

Yaşlıların bakımı için ulusal politikalar çeşitlilik göstermektedir. ABD’de bu daha çok yaşlıları hastane, yaşlıarevi ve bakımevlerine yerleştirmek yönündeyken Avrupa, Kanada ve Avustralya’da amaç tıbbi ve sosyal sorunları çözümleyerek yaşlıyı mümkün olduğu kadar toplum içinde tutmak ve ancak son seçenek olarak bir kuruma yatırılmasını sağlamaktır (Gelder ve Mayau 1988).

Gelişmiş ülkelerde sahipsiz ve/veya evde bakılmayan demanslı yaşlı hastalar için genellikle bakımevi (nursing home) tarzında örgütlenmiş resmi ve özel kuruluşlar vardır. Yine aynı şekilde hastalarına böyle bir tanı konulduğunda, aile üyelerinin neler yapmaları gerektiği konusunda yardım alabilecekleri bir sosyal hizmet ağı, dahası bu hasta yakınlarının ve gönüllülerin oluşturduğu “Alzheimer Hastalığı ve Bağlantılı Bozukluklar Birliği” (ADRDA) gibi sivil toplum örgütleri bulunmaktadır. Ülkemizde ise, ne resmi ne sivil böyle örgütlenmeler olmadığı gibi, sosyoekonomik durumları görece daha iyi olan yaşlı demanslı hastaların aileleri bile, hastaları için ne yapacaklarını bilememektedirler. Ülkemiz koşullarına uygun, devletin açtığı demanslı hasta bakımevleri için bir proje geliştirmek, bu arada özel sektörü bu amaçla teşvik etmek ve denetlemek, gerekli yasal düzenlemeleri yapmak, çok acil bir sağlık ve ruh sağlığı sorunu olarak karşımızda durmaktadır. Bu acil planın kalıcı biçimde işleyebilmesi elbette, ülkemizde sosyal hizmet kavramının yeniden düşünülmesiyle, devlet organizasyonları ve üçüncü sektör diye bilinen vakıflar ve gönüllü kuruluşlar arasındaki görev ve sorumluluk alanlarının belirlenmesiyle mümkündür. Bir başka deyişle devlet, kendi yaralarını sarabilen bir toplum olabilmemiz için, toplumun iç dinamiklerini harekete geçirmesini kolaylaştıran, yol gösteren, destek olan bir tutum izlemeli; toplumun kendi çabasıyla çözüme ulaştıramadığı yerlerde kendi örgütlenmeleriyle devreye girmelidir (Ceylan ve Göka 1998).

Demanslı hastalara kurumsal bakım verilmesine yönelik olarak geliştirilen ciddi eleştirilerden birisi de, bakımın kalitesiyle ilgilidir. Bu eleştiriler, bakımevlerinin adeta toplumla mezarlık arasında bir geçiş yerleri gibi olduklarını söyle-

mekte; bu iddialarına, buralara giren hastaların üçte birinin ilk yıl, %70’inin ise ilk üç yıl içinde ölmelerini kanıt göstermektedirler (Eth ve Mills 1989). Buralarda kurumlaşmanın, özerkliğin erozyonu, mahremiyetin ortadan kalkması, keyfi kurallar gibi engellemeyi, umutsuzluğu, güçsüzlüğü ve kendine güvensizliği besleyen birçok yan etkisi ortaya çıkmaktadır. Bu karanlık tabloya yakınların giderek artan ilgisizliği de eklenince zaten daha kuruma alınmanın ilk zamanlarında bir psikolojik ölüm gündeme gelmektedir (Mercer 1982).

Demanslı hastaların kurumsal bakımları konusunda tüm bu olumsuzluklar, bu hastalar için alternatif bakım verme yollarını gündeme getirmekte ve doğal olarak hastaların bakımlarında sorumluluk giderek ailelere verilmektedir. Aslına bakılacak olursa zaten, gelişmiş ülkelerde bile bu kadar kurumsal yapıya rağmen bu hastaların bakımları her zaman ailelerin omuzlarında kalmıştır. Şimdiki durumun yeniliği, bu gerçeğin kabul edilmesi ve bu hastalara toplum içinde bakım vermenin getireceği olumlu yönlerden yararlanma yoluna gidilmesidir. Ülkemizde demansa yönelik bir program geliştirilirken, gelişmiş ülkelerin bu deneyimlerini tekrar yaşamadan, hastaların olabildiğince toplum içinde, ailelerinin yanında nasıl ele alınabileceklerini düşünmeye başlayabiliriz. Dikkatlerimizi daha en başından aileleri bu konuda aydınlatmak, yüklerini hafifletmek için neler yapılması gerektiği gibi sorunlara çevirebiliriz.

### **1. Demanslı Hasta Bakımında Ortaya Çıkabilecek Günlük Sorunlar ve Aileye Yardım**

Gelişmiş bir sosyal hizmet ağına ve demanslı hasta yakınlarının ve gönüllülerin kurdukları sivil toplum kuruluşlarına sahip olmak, demans sorununun sosyal bağlamında olumlu bir adım atabilmek için şarttır. Ama yine de bu hastalara, kimseden yardım almadan elindeki olanaklarla bakım vermeye çalışan ailelere yardım amacıyla söyleyeceklerimiz olabilir.

Demans hastası olan aile üyelerinde suçluluk, gerçekçi olmayan beklentiler, aşırı hale gelmiş sorumluluk sık olarak görülen tepkilerdir (Rabins 1984). Bu çatışmaların çözümünde yardımcı olunması ailenin işini kolaylaştırmasının yanında, doğrudan doğruya tedavi edici bir etkiye de

sahiptir. Bu nedenle hekim, hastalığın gerçekleri ve gereksinimleri yanında ailenin hastaya karşı olan emosyonel cevaplarına da odaklanmalıdır. En sık olarak ortaya çıkacak güçlüklerden biri de ebeveyn-çocuk ilişkileri dengesinin tersine dönmesidir. Hekim, bu sorun ile ne yapacağını tam olarak bilemediği zamanlarda bu konuyu konuşmaktan kaçınabilir; oysa ki aile üyelerinin uygun bir zeminde bunu tartışmalarını sağlamak bile tek başına terapötik olabilir. Bunun yanında aileler kendilerine ayıracak vakit kalmadığını demans ve beraberinde getirdiği sorunlar ile uğraşırken tolerans sınırlarının zorlandığından da söz edebilirler. Unutulmamalıdır ki aile desteği kognitif olarak yıkıma uğramış bireyi toplum içinde tutmanın tek yoludur (Rabins 1984).

Her şeyden önce yapılması gereken, demansı aile üyelerinin tanıyabilmeleri amacıyla bir rehber kitap hazırlamaktır. Bu konuda oldukça iyi örnekler vardır (Mace ve Rabins 1981, Powell ve Courtice 1984). Mümkün olduğunca her aile üyesinin ve hastaya bakım veren aile dışından kimselerin bu rehber kitapları okuması ve öğrenmesi sağlanmalıdır.

Ailelere yaşam çevrelerinde yapılacak herhangi bir değişikliğin bu hastalar için katastrofik bir etki yapabileceği, bu nedenle evde, olabildiğince yapılaşmış, hastanın kolay anlayabileceği bir çevre ortamı oluşturmanın ve hastanın günlük uyanma, yemek, ilaç alma, egzersiz gibi programlarının hergün aynı zamanda yapılmasının gerektiği anlatılmalıdır. Evde tarihi, zamanı, o günkü günlük programı, önemli insanların tablolarını bulunduran bir yönelim merkezi oluşturmanın hastaya büyük yardımcı olmaktadır (Jenike 1989).

Aile üyeleriyle ve bakıcılarla yapılacak konuşma ve tartışmalarda ayrıca hastaların fiziksel şiddet, katastrofik tepkiler verme, çevresinden şüphelenme ve onları suçlama, gece uyanma ve dolaşma, idrar ve gaita kaçırma, yeme sorunları, cinsel ketlenme bozuklukları, negativizm, ısrarcılık gibi en sık yakınılan sorunları karşısında neler yapmaları gerektiği de ele alınmalıdır. Örneğin katastrofik tepkilerin altında çoğu kez, çok önemsiz görülen bir stres, verilen hizmette ortaya çıkan küçük bir eksiklik veya hastanın daha önce kolayca yapabildiği işlevleri yerine getirememesi tetik çekici olabilmektedir. Katastrofik tepki demans

hastalarında yaklaşık %40 oranında görülebilmektedir (Haupt 1998). Tetik çekicilerin neler olduklarının saptanmaları ve ortadan kaldırılmaları günlük aktivitelerin programa bağlı olarak yapılması, hastanın artık gerçekleştirmekte güçlük çekeceği aktivitelerden uzak tutulması, hastaya verilen komutların kolay anlaşılır ve çok basit olması, hastanın hatalarının hemen düzeltilmeye kalkılmaması daha çok başarıların ödüllendirilmesi gerektiğinin öğretilmesi de bu tür tepkilerin önlenmesinde çok yararlıdır. Katastrofik tepki sırasında aile üyelerinin ve bakım verenlerin sakin ve sessiz kalmalarının, hastanın dikkatini kibarca değiştirmeleri gerektiğinin bilinmesi çok önemlidir. Aile üyelerinin ve bakıcıların bilmeleri gereken bir nokta da, böyle durumlarda yatıştırıcı amaçla kullanılan ilaçları nasıl kullanacaklarıdır.

Uyku problemi olan, uyuyamayan ve hep dolaşmak isteyen hastalarda, ilaçların yanısıra kapıların kilitli tutulması, gündüz uyumalarının engellenmesi ve hastanın gündüz aktiviteleri ile meşgul edilmesi gibi tedbirler de almak gerekmektedir. Gerektiğinde medikasyon da uygulanabilir.

Aileye hastanın şüpheliğinin, çevresindekileri tanımamasının ve suçlamasının beyin zedelenmesine bağlı yanlış algılamalardan kaynaklandığı açıklandığında ailenin incinme ve öfkesi belli ölçülerde yatışacaktır. Hastanın çoğu kez monoton ve uygunsuz biçimde ortaya çıkan davranışları karşısında aile üyelerinin ve bakıcıların olabildiğince sabırlı, esnek ve tolerans gösteren bir tutum içinde davranmaları ve hastanın dikkatini başka yöne çekmeleri önerilmelidir (Ceylan ve Göka 1998).

İdrar ve gaita inkontinansı tipik olarak Alzheimer gibi demansiyel rahatsızlıkların geç dönemlerinde ortaya çıkarlar; daha erken görülmeleri halinde idrar yolu enfeksiyonları gibi nedenler aranmalıdır. Demanslı hastalar, hastalıklarına eklenecek bir başka hastalık halinde, sorun küçük bile olsa, kolayca dekompanse bir duruma gireceklerinden, hastaların fiziksel sağlıkları ve bu nedenle aldıkları ilaçlar yakından izlenmelidir. Böyle ek stres etkenlerinin en aza indirilmesi, hastalığın seyrine olumlu etki yapacaktır.

Demanslı hastalarda, özellikle Alzheimer tipi demansı olanlarda, uygunsuz cinsel tutumlar çok

ender olarak ortaya çıkabilirler ve genellikle kendi kendini uyarma tarzındadırlar. Bu hastaların yakınlarına, hastaların çocuklara cinsel yönden zarar verici bir tutum içinde olmayacakları anlatılmalıdır.

Hastaların çoğu kendiliklerinden araba kullanmayı bırakmaktadır; buna istek duyan hastalar için, onları doğrudan gerçekle yüzleştirmek yerine, anahtarları saklamak, arabanın çalışmasını engelleyecek tedbirler almak çoğu kez yeterli olmaktadır. Aynı şekilde hastaların sigara içme, yemek yapma gibi tehlikeli uğraşlardan uzak tutulmaları, güvenlik için evde gerekli çevresel değişikliklerin yapılması çok önemlidir.

Demanslı hastayla aynı evde yaşamak, ona bakım vermek çok güç ve tüketici bir işlemdir. Bu yüzden bu ailelerin akrabalar, aile çevresi ve hemşireler tarafından sıkça ziyaret edilmeleri, bu kişiler tarafından verdikleri emeklerin takdir edilmesi hastaların zaman zaman gündüz bakım merkezlerine alınmaları bir ölçüde yüklerini hafifletecektir. Yine de zaman zaman kısa veya uzun dönemde farmakoterapi veya psikoterapi ile desteklenmeleri gerekebilir (Jenike 1989, Maletta 1988).

## 2. Demansın Adli ve Etik Yönleri

Genelde organik ruhsal bozukluklar özelde demanslar, bireyin bellek, yönelim, yargılama gibi bilişsel işlevlerine zarar verdiklerinden, bu hastalığı olanlarda birçok bakımdan adli ve etik sorunların ortaya çıkma olasılığı vardır. Bu sorunların kökeninde hep, gerçeği algılama, kavrama ve değerlendirme kapasitesinin olup olmadığını içeren ehliyet (yeterlik; competence) kavramı vardır. Ehliyet kavramı, yalnızca cezai ve hukuki durumlar açısından değil, etik açısından da çok önemlidir; bilişsel işlevleri zarar görmüş olan hastaların tedavi ve değerlendirme için bilgilendirilmiş onay (informed consent) yetkileri, hekimlerin bu hastalara ve ailelerine karşı sorumlulukları birçok tartışmaya kaynaklık edebilecek niteliktedir.

Yaşlı bir hastanın cezai ve hukuki ehliyet açısından değerlendirilmesi, bu alanda ortaya çıkacak etik sorunların üstesinden gelinmesi uygulamada sanıldığından çok daha zordur. Daha hastanın başvurusundan itibaren ayırıcı tanı sürecinde ve hastanın izleminde, birçok güçlük ortaya çıkabilir.

Örneğin acil serviste çalışan bir psikiyatrist, çevreye zarar verici davranışları nedeniyle polis tarafından getirilen, adından başka hiçbir şeyi bilmeyecek düzeyde yıkımı olan bir hastayla karşılaştığında, birçok sorunla dolu bir süreç başlıyor demektir. Öncelikle bu hastanın tetkikleri ve değerlendirmeleri yapılarak tablonun tıbbi bir duruma bağlı ruhsal bozukluğa mı, diğer ruhsal rahatsızlıklara mı, yoksa sahtekarlığa mı bağlı olduğunun ikna edici bir ayırıcı tanısına gerek vardır. Bu arada hastanın yakınlarının bulunması ve diğer yasal işlemlerin sürdürülmesi için emniyet güçleriyle işbirliği içinde olunmalıdır. Ayırıcı tanı süreci kesin olarak demans lehine sonuçlandığında, bu kez demansın türü ve hastanın izlemiyle ilgili yeni görevler ve sorumluluklar gündeme gelecektir.

Adli psikiyatrinin uğraş alanında, yaşlıların bir suçun faili ya da tanığı olmaları veya alım-satım, miras, vasiyet, vasi tayini gibi cezai ve hukuki ehliyeti ilgilendiren işlemler bulunmaktadır. Yerleşmiş bir demansiyel tablo, hukuki ehliyeti tümüyle ortadan kaldıracığından yaşlı hastalarda ileride ortaya çıkabilecek olası sorunların önlenmesi için, bilişsel işlevlerin ayrıntılı bir değerlendirilmesi yapılmaya çalışılmalı, kayıtlar düzgün tutulmalıdır. Böyle yapılması halinde örneğin, bir vasiyet belgesinin imzalanma tarihi ile demansiyel sürecin başlangıç tarihi arasındaki zaman sürecinin saptanması, sorunların çözümüne ışık tutulması fırsatı verecektir.

**a. Mahremiyet ve güven:** 65 yaşın üzerindeki insanların yaklaşık %85'inin kronik bir sağlık problemi olması, bu hastaların en azından %60'ının da bir psikiyatrik tanı alması gerçeği, kamuoyunda birçok hatalı algılamaların ortaya çıkmasına neden olmuştur (Busse 1981). Çağdaş kültürde yaşlılığa genellikle işe yaramaz, özbakımı pek de iyi olmayan ve yeteneklerin ortadan kaybolduğu bir dönem olarak bakılması, gerontofobi diyebileceğimiz yaşlılara karşı olumsuz önyargıları beslemektedir (Comfort 1986). Yaşlılar için bütün bu olumsuz tablo, tıbbi etiğin genel ilkelerini bu yaş grubunda daha da yoğun bir şekilde gündeme almamızı gerektirmektedir.

Bu sorunlardan ilki, demans gibi katastrofik bir hastalığa yakalandığını hastaya açıklayıp açıklamamak hakkındadır. Sözümona "önce zarar verme" ilkesine dayanılarak tıbbi gerçeklerin hastalardan saklanması gerektiğini savunan eski

anlayış, bugün büyük ölçüde yıkılmıştır. Zaten bu konuda yapılan araştırmalar, hastaların ne olursa olsun tanılarının kendilerine söylenmesini talep ettiklerini ortaya koymuş durumdadır (Katz 1984). Hastaların kendileri hakkındaki gerçeği bilerek yaşam planlarını ona göre yapmaları en doğal insan hakkıdır. Böyle gizleme, saklama eğilimleri, hekim-hasta ilişkilerini sabote etmelerinin yanısıra, toplumun hekimlere güvenini de sarsmaktadır.

Bugün uygulamalarda ve birçok ülkenin yasalarında, çok istisnai ve özgün durumlar hariç tutulursa, hastaya hastalığının ne olduğunu açıklamamanın yerinde bir tutum olduğu artık kabul edilmektedir. Peki bu ilke ve tutum, her türlü bilişsel materyali sindirmesinde sorunlar bulunan ve yapılan açıklamaları büyük ölçüde anlayamayacak ya da anlamaya zorlandıklarında katastrofik tepkiler verecek olan demanslı hasta için ne gibi değişikliklere uğratılmalıdır? Bu hastalarla ilgilenen hekimler, ne zaman, kime, ne kadar bilgi vereceklerini klinik ve hukuki sorumluluk açılarından doğru hesap etmeli; hastanın hastalığıyla ilgili sırrını saklamada gerekli titizliği göstermelidir.

Bilindiği gibi hastanın hastalığıyla ilgili sırrlarını tutmakla ilgili hekimin etik sorumluluğu, ancak hastanın rızası dahilinde, yasal zorunluluklar halinde ve yaşamı korumak için mutlaka gerekli olduğu düşünülen durumlarda ortadan kaldırılabilir. Demans gibi organik ruhsal bozuklukların olması halinde, hekim hastanın rızasını almak zorunda olmayabilir ama mutlaka ilkesel düzeyde bu sorumluluğun gereklerini yerine getirmelidir. Daha önce ifade ettiğimiz gibi, asıl sorun, demanslı hastanın yakınlarına ne kadar bilgi verilmesi gerektiği noktasındadır. Bu hastaların takibinde yük çoğu kere ailenin sırtında kalmaktadır ve ayrıca demanslı hasta için ailenin desteği çok önemlidir. Bu yüzden belli ölçülerde işbirliği sağlanabilen hastalara, tedaviye bakımı üstlenen ailenin de katılması gerektiği konusunda açıklama yapılmalı, onların rızası alınmalıdır. Ülkemizde henüz klinik uygulamalarda etik ilkelere yeterince ilgi gösterilmemesi ve yeterince yasal düzenleme ve/veya başvuru olmaması, bizim kayıtsızlığımız için bir gerekçe oluşturmamalıdır.

Yakınları eşliğinde tıbbi değerlendirme için getirilmiş ancak kendisi, demansiyel bir rahatsızlık

olasılığı bulunduğu halde tetkik ve tedaviyi reddeden bir hastayı ya da tam tersine kendisinde varsandığı tıbbi rahatsızlıklar nedeniyle ayrıntılı tetkikler yapılmasını isteyen ama bilişsel yetileri açısından yıkım süreci yaşamakta olan bir diğer hastayı düşünelim. Bugün tıbbi etik anlayışımıza göre, hekimin hastanın tıbbi gereksinimi olarak gördüğü şey ile hastanın istediği şey arasında bir çatışma ortaya çıktığında, bu türden çatışmaları daha çok hastanın özerkliği lehine çözmeye çalışmak esastır. Kimi zaman hastanın sağlığının aleyhine sonuçlansa bile, bu ilkedен hemence vazgeçilmemesi gerektiği üzerinde son yıllarda sıkça durulmaktadır. Ancak yukarıda verdiğimiz örneklerden de görüldüğü gibi, bilişsel işlevlerinde yıkımı olan demanslı hastalarda, sorun oldukça farklılık arz etmektedir; çünkü burada hastanın özerkliği için önkoşul durumunda bulunan zihinsel yeterlik söz konusu değildir. Böyle durumlarda hekimin, yaşamsal önemi bulunan acil tıbbi girişimleri yaptıktan sonra, tek başına karar vermek yerine, karar vermeyi bir etik kurula, gerekirse vasi tayini yönünden karar verecek olan bir mahkemeye bırakması daha uygundur.

Bütün bunlardan sonra açıkça ortaya çıkan bir gerçek, demans tanısını koyarken çok dikkat edilmesi; bu tanının ancak çok emin olduğunda konulmasıdır. Özellikle yakın bellek bozukluğu dışında henüz bir başka yakınma ve belirtinin bulunmadığı, herhangi bir demans nedeninin laboratuvar bulgularıyla varlığının kanıtlanmadığı durumlarda, ihtiyatlı olmak ve acele etmemek; bellek bozukluğunun birçok nedeni olabileceği ve bir kısmının tedavi edilebileceği konusunda hastaya ve yakınlarına bilgi vermek gerekmektedir. Aslında klinik olarak uygun olan tutum bu olmakla birlikte yine de bu tür tutumlar, yasal olarak bir sorun yaratabilirler (Ülkemizde bu tür sorunlar, hasta hakları konusu, uygulamada sık gündeme gelmediğinden pek çıkmamaktadır ama varolan mevzuata göre, pekala hastalığı hakkında kendisinden izinsiz bir biçimde, eşine ve yakınlarına bilgi verilen bir hasta, bunun için yasal mercilere başvurabilir). Böyle durumlarda hekim, yalnızca klinik sorumluluğa göre değil, klinik ve hukuki sorumluluğu birleştirebilen bir tutumla davranmalıdır (Mills ve Spencer 1989).

**b. Yaşlıların suistimali:** Yaşlı demanslı hastalarla çalışırken ortaya çıkabilecek ve son zamanlarda önem kazanmaya başlayan bir başka sorun, yaşlı suistimali ve ihmalidir. Yaşlı hastalarla ilgilenen tüm hekimler, bu arada özellikle demanslı yaşlı hastalarla uğraşanlar, onların suistimallerine karşı uyanık olmalıdır. Gerekli gördüklerinde yaşlı hastaları fizik muayeneye tabi tutmalı, fiziksel ve ve cinsel suistimal belirtileri saptamaları halinde durumu bir raporla ilgili mercilere bildirmelidirler. Çocukların fiziksel ve cinsel suistimalinin yanısıra DSM-IV'te ayrıca ihmal ayrı bir tanısal kod olarak yer almasına rağmen yalnızca erişkinlerin fiziksel ve cinsel suistimaline yer verilmiştir. Yaşlıların karşılaştığı suistimal ve ihmal tabloları ise erişkinlerin içinde değerlendirilmiştir. Yaşlılık dönemi ile bilgiler arttıkça bu konudaki eleştiriler de yoğunlaşmaktadır. Yaşlıların fiziksel ve cinsel suistimallerinin yanısıra, psikolojik ve tıbbi suistimalleri, sömürülmeleri ve ihmale uğramaları, büyük olasılıkla bundan sonraki ruhsal hastalık sınıflandırılmalarında ilk yer alacak konular arasındadır (Goldstein 1995).

**c. Kurumlar, tedavi ekibi ve bakıcılar:** Demanslı hastalarla ilgili bir etik problem de onlara bakım veren kurumlardaki tedavi ve bakım ekibinin tutumlarıyla ilgilidir. Ülkemizde henüz yasal olarak resmi veya özel kurumsal bir varlığa kavuşmamış olsa da, kaçınılmaz olarak demanslı hastalara birtakım kurumlarda bakım verildiği bilinen bir gerçektir. Daha önce yaşlılara uzun süreli kurumsal bakım vermenin olumsuz sonuçlarından söz etmiştik. Bunlardan ayrı olarak özellikle sorunun etik boyutuyla ilgili olarak şunları söyleyebiliriz. ABD'de yapılan araştırmalar bakımevlerinde yaşayanların 2/3'ünde davranışsal sorunlar gözüktüğünü ve tabloya demans sorununa ikincil psikiyatrik bozuklukların eklendiğini, fakat kolayca tedavi edilebilecek bu ikincil bozuklukların kurum ekibinin dikkatlerinin yıkıcı davranışlara yönelmesi yüzünden sıkça gözden kaçtığını ortaya koymaktadır (Rovner ve Rabins 1985). Dolayısıyla buralarda konsültan psikiyatrist, ancak çoğunlukla ajitasyon gösteren hastaları yatıştırması için çağrılmakta, çoğu kez de kurumun daha sakin olması adına hasta aşırı sedatize edilerek hastanın çıkarları görmezden gelinmektedir. Oysa psikiyatrist, hastanın gereksinim ve çıkarlarını öne almak duru-

mundadır. Aynı ilke, bu kurumlarda kurallara uyumu gerçekleştirmek için hastanın rızasını almadan uygulamaya konulanan davranış modifikasyonu teknikleri için de geçerlidir (Steuer 1982). Psikiyatristin tıbbi bir duruma bağlı ruhsal rahatsızlığı olan bir hastada etik sorumluluğu, onu mümkün olduğunca toplum içinde, en az kısıtlılık koşullarında ve gündelik işlevlerini azami ölçüde yapabilecek şekilde çok yönlü bir değerlendirmeye ele almaktır. Eğer toplum içinde bakım ilkelerinin işlenmesi, hiç bir şekilde mümkün olmuyorsa, bu kez diğer toplumsal yaklaşım alternatifleri gözden geçirilmelidir. Yetişkin gündüz bakımı, ev sağlık servisi, biraraya toplanmış mekanlar bu konuda gelişmiş ülkelerde sağlanabilen alternatiflerdir. Uzun süreli kurumsal yaklaşımlardan kaçınmak, bir hekim için tıbbi ve ahlaki bir gerekliliktir (Cassel ve Jameton 1981).

Tıbbi bir duruma bağlı ruhsal bozukluğu bulunan yaşlı hastalarla ilgilenmek, hekimler arasında güç ve arzulanmayan bir durum olarak bilinir. Hastaların tedavisindeki umutsuzluk, bu olumsuz tabloyu ayrıca beslemektedir. Aile üyeleri gibi bu hastalarla çalışan tedavi ekibi de onlara karşı karışık duygular içindedirler; bu hastalarla ilgilenmek, doğal bir anksiyeteyi beraberinde getirir. Doğal anksiyete, kolaylıkla suçluluk, öfke, gücenklik duygularına dönüşebilir. Tedavi ve bakım veren ekibin birçok üyesi bu sorunlarını olumlu bir yaklaşımla ve eşduyumsal kapasiteleri sayesinde aşabilirler ama bir kısmı, yaşadıkları psikolojik yükü kaldıramaz, benlik saygılarında düşme, çaresizlik ve hatta istemeden de olsa hastanın sustimaline yol açma gibi tükenme (burnout) sendromu belirtileri gösterebilirler. Ama ne yazık ki, bu çok önemli olgu hakkında yapılan araştırmalar son derece yetersizdir. Bu hastaların bakımlarıyla ve tedavileriyle özellikle doğrudan ilgilenen kimselerin yaşadıkları sorunlar ve tükenme sendromunun nedenleri anlaşıldıkça, bu hastaların suistimal ve ihmallerinin de büyük ölçüde önüne geçilebilecektir (Jenike 1989).

Mantıksal olarak bakıldığında, demanslı bir hastanın, tedaviden ve iyileşmeden ziyade bakımı ve belirtilerin yatıştırılması-yönetimi ön plana geçmiş herhangi bir kronik hastalığı olan hastadan hiçbir farkı yoktur. Bu hastalara zaman ayırmaya

değmeyeceğini ileri sürmenin insan onuruna saygı ve şevkat göstermeye adanmış hekimlik mesleği için savunulacak bir yanı bulunmamasıdır. Ama yaşanan tüm sorunlar, hem bu hastaların hem onların tedavi ve bakımlarıyla ilgilenen kimselerin fiziksel, sosyal ve emosyonel gereksinimlerine daha fazla kulak verilmesini gerektirmektedir (Ceylan ve Göka 1998).

**d. Ötenazi ve benzeri sorunlar:** Tıp mensuplarının ötenazi ile ilgili rolü uzun süredir antropologlar, sosyologlar psikiyatrist ve deontoloji çalışanlarının tartışma konusu olmuştur ve bu tartışmalar da kısa sürede çözümlenemeyecek gibi görünmektedir. Konu ile ilk tartışmalar Temmuz 1990'da Alzheimer tanısı almış Janet Adkins'in Dr. Jack Kevorkian'ın intihar makinesi ile yaşamını sonlandırması ile başlamıştır. Her ne kadar yaşamın sonlandırılması kişisel bir durum olarak kabul edilse de ötenazinin olayla ilgili bireyleri aşan sosyal anlamları vardır.

Ötenazi hekimin kasıtlı ve direkt olarak letal dozda medikasyon uygulayarak hastanın yaşamını sonlandırmasına aracılık etmesidir. Hastanın durumu ve hekimin etkinliğine göre 4 tür ötenazi tanımlanmıştır.

1. Aktif ötenazi: Hekim hastanın kontrolsüz acısını sonlandırmak için kasıtlı olarak hastanın ölümünü amaçlar.
2. Pasif ötenazi: Hekim yaşamı destekleyen sistemleri kaldırarak hastanın doğal bir yolla ölmesine sebep olur.
3. İstemli ötenazi: Hasta kişi onay vermeye yetkindir ve onayını verir.
4. İstemsiz ötenazi: Hasta onay verebilme durumunda değildir.

Türkiye'de bu konuda henüz belirgin bir yasa veya açıklanmış belli bir hareket yoktur ancak ABD'de Amerikan Psikiyatri Birliği, Amerikan Tıp Birliği gibi kuruluşlar ötenaziye karşı olduklarını açıklamışlardır. Aynı ülkede sağlıklı deneklerle yapılan iki araştırmada 1977-1983 yılları arasında bireyin tedavisi olanaksız bir hastalığı nedeniyle yaşamını sonlandırma hakkına sahip olduğuna inanan yetişkinlerin oranı %39'dan %50'ye çıkmıştır (Kaplan ve Sadock 1997).

Özellikle primer dejeneratif tipteki demanslar ilerleyici ve yıkımla seyreden hastalıklardır. Öyle

ki, zaman içinde hastalar, diğer tıbbi durumlara bağlı olarak terminal döneme girebilirler. Buraya kadar her şey normaldir, ancak terminal dönemde bu hastalarda yaşamın sürdürülmesi için gerekli olan örneğin kalp pili takılması gibi tıbbi işlemler de, etik bir sorun ortaya çıkarabilir. Bu hastaların yakınları onlar için böyle işlemlerin yapılmasının veya yapılmamasının daha uygun olacağına hükmedip, hekimden bu doğrultuda davranmasını isteyebilirler; aynı şekilde terminal dönemdeki demanslı hastalara bakım veren tedavi ekibi de hastalara tıbbi işlemlerin nereye kadar ve hangi ölçülerde yapılması gerektiğiyle ilgili birçok güç durumla karşılaşabilirler. Yapılan bir araştırmada, bu hastaların bakımlarıyla doğrudan ilgilenen hemşire ve hastabakıcıların, ve %40'a varan oranda önemli bir kısmının hastaları için aktif ötenaziden yana olduklarını belirtmeleri, bu oranın hekimlerde iki katı olması, karar verme süreçlerinde nasıl şiddetli bir karışıklık olduğunun kanıtı gibidir (Waxman ve ark. 1988).

Böyle durumlarda uygun bir etik tutum geliştirebilmek için öncelikle tedaviyi sürdürmemek ile pasif ötenazinin aynı şey olup olmadığına açıklığa kavuşturmak gerekmektedir. Ötenazide amaç, tıbbi bakımın bir parçası olarak insanın ölümüdür. Elbette ötenazi böyle tanımlandığında, hastaya kalp pili takılması gibi gerekli olduğu düşünülen tedavinin yapılmamasını, bu kapsam içinde ele almak zordur. Bir tedavi planına başvurmamak, hekimin rolüyle uyum içinde olduğu halde, ölümü amaçlayan bir tedavinin (işlemin) yapılması, hekimin rolüyle bağdaşmaktadır. Bu nedenle yaşlı ve entellektüel olarak yıkılmış bir hastada pahalı tedavi girişimlerine başvurulması hekim tarafından uygun bulunmayabilir. Fakat bu konuda erken genellemeler yapmaktan, örneğin "şiddetli ve geri dönüşü olmayan demanslı hastalara onları rahatlatacak bakım dışında herhangi bir tedavi girişiminde bulunulmamalıdır" gibi bir hükme varmaktan kaçınmak gerekmektedir. Her vakayı kendi özel konumu içinde değerlendirmek, gerekirse etik kurullardan ve/veya mahkeme kararlarından yardım istemek uygundur.

Terminal dönemdeki primer demanslı hastada, aynı şekilde etik bir tereddüt hali, bu hastalara verilen sıvı ve nutrisyonel desteğin kesilmesinin

ahlaki bakımdan kabul edilip edilmeyeceği noktasında vardır. Ağızdan beslenmesi olanaksız hale gelen bu hastalar, tüple beslenmeli midir yoksa dehidratasyondan ölmelerine izin mi verilmelidir? Bu konuda yapılan bir araştırma, böyle uygulamaların hastaların faydasına olduğuna inanıldığı için değil de, bakım veren ekibin ve hasta yakınlarının anksiyetelerini yatıştırmak için yapıldıklarını göstermektedir. Bu sonuca dayanarak araştırmacılar hastanın su yetmezliği nedeniyle doğal ve ağrısız ölümüne izin vermenin, uzun ağrılara ve girişimlerin getireceği rahatsızlıklara tercih edilebilir olduğunu düşünmüşlerdir (Norberg ve ark. 1980). Fakat bu düşünceye karşı çıkanlar da olmuştur. Onlara göre beslenmenin, tıbbi bir tedaviden ziyade yaşama için temel bir gereklilik olarak değerlendirilmesi daha uygun görünmektedir. Bu tarz düşünenler, her insanın yaşadığı toplumdan kendisine minimum düzeyde bakım istemeye hakkı olduğunu, insanlık onurunun bunu gerektirdiğini söylemektedirler. Hekimlerin bu asgari gereklerin yanısıra daha yüksek bir moral standarta sahip oldukları, “bazan iyileşme, nadiren düzelme ama her zaman, hastanın daha rahat olması” hedefine yöneldikleri gözönünde bulundurulduğunda, terminal dönemdeki primer demanslı hastanın sıvı ve gıda alımının kesilmesinin uygun olmayacağını savunmaktadır (Siegler ve Weisbard 1983).

Anlaşılan o ki, bu tartışma kısa sürede bitecek gibi görünmemektedir. “Beslenmenin yaşam için, tıpkı oksijen gibi temel bir gereklilik olduğu kesindir. Bu yüzden mekanik solunum nasıl tıbbi bir prosedür olarak biliniyorsa, beslenmeyi de öyle değerlendirmek, hekimin nutrisyonel desteği, tıpkı diğer tıbbi tedaviyi sürdürürken bağlı kaldığı ilkeler gibi ele alması gerektiğini savunmak zorunludur” diyenlerle “yaşamı tehdit eden tıbbi problemler geridönüşsüz olduklarında, tüple besleme endike olmamalıdır, çünkü bu durumda yaşam kalitesi çok zayıf olacağı gibi, aile de amacın yaşamın azaltılması değil, rahatın sağlanması konusunda hemfikirdir” diyenleri şimdilik uzlaştırmak mümkün değildir. Bu konuda bir fikir birliği ortaya çıkana kadar, sıvı ve beslenme yönetimini diğer tıbbi prosedürlerden ayrı düşünmeyen geleneksel anlayışa bağlı kalmak hem tıbbi hem hukuki yönden daha uygun olacaktır (Ceylan ve Göka 1998).

### C. YAŞLI HASTANIN PSİKOTERAPİSİ

Geriyatrik psikoterapi, 65 yaşın üstündeki hastalara psikoterapi tekniklerinin uygulanması olarak tanımlanabilir ve bu psikoterapi kümesinin içine, bilinen psikoterapi türlerinin, yaşa uygun biçimde modifiye edilmiş şekilleri girer.

Aslında geriyatrik psikoterapi, görece yeni bir alandır, önyargılara karşı uzun çabalardan sonra ancak 1970’lerden sonra özgün bir alan olarak ortaya çıkmıştır. Yaşlılık dönemiyle ilgili, biyolojik, sosyolojik ve psikodinamik özelliklerin neler oldukları bilindikçe, psikoterapi hakkındaki bilgileri bu alana aktarmak ve yeni teknikler önermek pek güç olmamıştır. Hatta Goldfarb’ın kurumlarda yaşayan ve bilişsel bakımdan yıkımları bulunan hastalar için geliştirdiği davranışsal tekniklere dayanan “kısa terapi”si ve Butler’in “yaşamın gözden geçirilmesi (life review) terapisi” gibi yalnızca yaşlılık dönemine özgü psikoterapiler ortaya çıkmıştır (Sadavoy ve Lazarus 1995).

Yaşlı hastalarda birçok psikoterapi uygulanabilir; bunları burada dikkatimizi daha çok demanslı hastaya çevirmişken ayrıntılarıyla ele alma olanağı yoktur. Bu nedenle soruna genel özellikleriyle yaklaşmakla yetinilecektir (ayrıntılı bilgi için Ceylan ve Göka 1998’e bakınız).

Bugün geriyatrik psikoterapide, halen Butler (1975) tarafından ileri sürülen tedavi amaçlarının psikoterapilerin hemen her türünde geçerli olduklarını söyleyebiliriz. Bunlar:

- a. Umudu, kendine yeterlilik ve denetim duygusunu teşvik etmek;
- b. Bakım veren kimse ya da kimselerle sağlıklı bir ilişki sağlamak;
- c. Anlam duygusuna bir açıklık kazandırmak;
- d. Çevreyle yapıcı olumsuzluklar kurmak olarak sıralanabilirler. Bu amaçları biraz daha genişletmek, örneğin kişilerarası ilişkilerin düzeltilmesi, üretkenliğin ve yaşamdan haz almanın sağlanması, varolan potansiyellerin kullanılması, ölümle ilgili kaygı ve çatışmaların üstesinden gelinmesi, yaşlanma sürecinde ortaya çıkan yitimlere uyum sağlamanın ve bağımlılık gereksiniminin kabul edilmesi gibi amaçlar sıralamak, mümkündür.

Yaşlılık döneminde uygulanan özgün psikoterapi biçimlerini kısaca ele almayı sonraya bırakarak, öncelikle hangi tür psikoterapi uygulanırsa uygulansın yaşlılık dönemine özgü tedavi sorunları ve bu nedenle uyulması gereken belli başlı bazı ilkeleri ele alacağız.

### 1. Özgün Tedavi Sorunları ve İlkeleri

**a. Benlik saygısı ile ilgili durumlar:** Benlik saygısıyla ilgili sorunların başında, uzun süren aktif bir çalışma yaşamının ardından emekli olunmasına bağlı ortaya çıkanlar gelir. Emekliliğe bağlı sorunların şiddeti, büyük ölçüde kişinin bu duruma ne kadar hazırlanmış olduğuyla ilgilidir. Bilinen bir zamanda ve gönüllü olarak yapılan emeklilikler, kişinin kendi denetiminde gündeme geldiklerinden kolayca benimsenirken, beklenmedik bir anda, üstelik istenmeden gündeme gelen emeklilikler, daha çok çaresizlik ve benlik saygısında azalma duygularına yol açarlar.

Yaşlıların benlik saygılarında azalmaya yol açan durumlardan biri de, entellektüel işlevsellikte ve fiziksel güçte ortaya çıkan azalmadır. Aslında sanılanın aksine, entellektüel işlevsellikteki yıkım, yaşlıların ancak çok az bir bölümünü etkilemektedir. Özellikle Alzheimer hastalığına yakalanan yaşlılar başlangıçta, bellek ve konsantrasyon güçlüklerinin farkındadırlar. Bu onların yadsıyıcı düzenekler kullanımını arttırmalarına ve kendilerine bu konuda yardımcı olmak isteyen yakın çevrelerindeki insanlara karşı huzursuz tutumlar göstermelerine neden olur. Henüz demansiyel sürecin başlangıcında olan yaşlılar, sağlam kalan zihinsel güçleriyle denetimi ellerinden geldiğince sağlamaya çalışırlar. Klinisyenler, bu aşamadaki hastalara, varolan yetilerini harekete geçirmelerine engel olma potansiyeline sahip psikotrop ilaçlardan habildikince kaçınmalıdırlar.

Fiziksel alanda da duyu keskinliğinde, cinsel güçte, üretkenlik kapasitesinde ve atletik becerilerde azalma sözkonusu olduğundan, yaşlının dünyasında bu alanların herhangi birisine daha önceden yapılmış bir narsisistik yatırım sözkonusuysa, benlik saygısındaki yitim yaşantısı daha yoğun olacaktır. Yaşlılığın doğal seyriyle ortaya çıkan fiziksel kısıtlılıklara bir de başkalarına bağımlı hale düşmenin sorunları da eklendiğinde, huzursuzluk ve defektlerin red-

dedilmesi gibi belirtiler, regresif davranış atakları görülebilir.

Bu durumdaki yaşlı bireylerdeki psikolojik tedavinin üstlenmesi gereken önemli bir misyonu, onlara yaşlanmaya bağlı fiziksel kısıtlılıklarını kabullenmeleri, kendilik duygusuna ait önceki yapıların kaybedilmesinin getireceği matemi yaşamaları konusunda yardımcı olmak, benlik saygısındaki zayıflamanın önüne geçmeye çalışmaktır.

**b. Kayıpla ilgili sorunlar:** Yaşlılık, evden çocukların ayrılıp gittikleri orta yaş dönemlerinin ardından bu kez, eşini kaybetme olasılığının yüksek olduğu bir dönemdir. Boş kalan bir yuvayı tek başına çekip çevirmek, önceden, fiziksel yeti düzeyinde olduğu kadar ruhsal düzeyde de hazırlığı gerektiren zor bir iştir. Hele eşin kaybı hiç beklenmedik bir anda ortaya çıkmışsa bu zorluk daha da artar. Bir yandan yeni yakın ilişkilere gereksinimi vardır, bir yandan da yeni ilişkilere hele hele yeni bir evliliğe karşı beğenilmeme kaygıları nedeniyle yoğun bir korku içindedir. Bizim gibi geleneksel değerlerin hala büyük önem taşıdığı kültürlerde, bu korkuya çocukların, akrabaların, komşuların değer yargılarının yarattığı kaygılar da eklenir. Zaten eşini yitirmiş bir yaşlının yapması gereken daha doğrusu ondan ve çocuklarından kültürel olarak yapmaları beklenen tutum, çoğu kez, çocuklardan birinin veya sırasıyla her birinin yanında kalmaktır. Bu durum, yaşlının özerk yaşamı ve ona bakımı üstlenen çocuğun aile yaşamı açısından birçok güçlük içermekle birlikte, taşıdığı olumlu dayanışma duygusu kültürümüzde daha öne çıkarılmakta, doğal olarak, yaşlı bakım merkezleri gibi toplumsal hizmetlerin yeterince gelişmemesine neden olmaktadır.

Eşini yitiren yaşlı insanın “boş yuva sendromu” ile başedip edemeyeceği, genellikle yaşamın gerekleriyle ilgili önceden varolan kapasitelerinin düzeyine bağlıdır.

Yaşlılıkta artan kayıp olasılığı yalnızca eşle ilgili değildir, aynı şekilde sevilen dostlar ve akrabalar da kaybedilebilir. Böyle sevilen önemli nesne kayıpları, aynı zamanda, yaşlı insanı kendi ölümünün kaçınılmaz olduğu gerçeğine yöneltmektedir. Sevilen bir kimsenin ardından yaşanan matemin süresini ve şiddetini daha ziyade ölümün beklenilip beklenilmemesi belirler. Eğer ölüm, örneğin belirli bir hastalık nedeniyle bek-

lenilen bir nitelikteyse, matem de doğal seyrederek ve büyük olasılıkla uygun bir şekilde sonlanacaktır.

İnsan ömrü öyle bir özellik gösterir ki, yaşlanıldıkça karşılaşılan ölümlerle birlikte, bunlara gösterilen tahammül ve alışkanlık duygusu da artmaya başlar. Fakat bu özellik bazen aldatıcı olabilir; yaşlı insan görünüşte kaybın acısına tahammül gösterse bile, aslında bu görüntü, altta yatan çaresizlik ve umutsuzluk duygularını gizliyor olabilir. Sevdikleri kimseleri kaybetmenin yaşlı için taşıdığı güçlük, yeni nesne ilişkileri kurmanın artık öyle eskisi gibi kolay olmadığı gerçeğidir. Yaşlı insanın birçok etkenin etkisiyle kolayca düşüveren benlik saygısı, yeni bir ilişki için hiçbir çekici yanının kalmadığı şeklindeki düşüncesi, onu yeni ilişkilere hevesiz, gücenik bir kimse haline getirir.

Yaşlıların bağımlılık gereksinimlerinin anlaşılması, onlarla yürütülen her türden psikoterapi çalışması için kesin bir önkoşuldur. Onların bu gereksinimlerini anlamadan, seyahate çıkarken bile bir türlü yakınlarından ayrılamayan ya da koroner bakım ünitelerine bağlanıp kalan yaşlı insanın dünyasına giremez, bu sorunları etkili biçimde çözemeyiz.

**c. Ölümle karşılaşmaya hazırlanma:** Herhangi bir neden yokken sağlıklı bir insan, kendi ölümü hakkında düşüncelere dalmak için bir dayanak bulmakta zorlanır fakat ölümcül bir hastalığa yakalandığında veya fiziksel gücünü belirgin olarak yitirmeye başladığında ölüm hakkında ürkütücü algılar geliştirebilir; varoluşunun ortadan kalkacağı konusunda korkularıyla bağlantılı anksiyete ve panik tepkileri yaşayabilir. Ancak sanılanın aksine yaşlı insanlarda ölümün yaklaşmasıyla ilgili korkular, oldukça enderdir; onlar ölümün kendisinden daha çok nasıl ölecekleriyle, ani mi yoksa uzun süre bekleyerek mi, acılı mı ya da acısız mı ölecekleriyle, başkalarına yük olup olmayacaklarıyla ilgilidirler (Berezin 1980).

Yaşlı insanlar, ölüm heyulasıyla başedebilmek için, çoğu zaman, hiç değilse fantazide kendi genç oldukları zamanları yaşayabilmek için özdeşim yapabilecekleri genç terapistlere başvururlar (Myers 1986). Bu durumdaki hastalar, aynı nedenle tedavilerinin sonlandırılmaları sırasında da güçlük çekerler. Bir kimsenin ölümle yüzyüze

gelmesinin nedeni ne olursa olsun, yaşlılık çağına başarılı bir uyumun sağlanmış olması, işin temelidir ve yaşlı hastaların tedavilerinin bütünsel bir parçasıdır (Myers 1990).

Ölümlle yüzyüze kalan yaşlı hastalarda yukarıda anlatmaya çalıştığımız yaşlılık dönemine özgü sorunların ve yaklaşımların yanısıra ayrıca, ölümlle yüzyüze kalan terminal dönemdeki hastalara uygulanması gereken genel psikoterapi ilkelerine uymak gerekmektedir. Bunları şöyle sıralayabiliriz:

Terminal hastalığı bulunan yaşlı hastaların psikoterapisi, hem bireysel, destekleyici hem de eş ve aile tekniklerini kullanan dinamik-etkileşimsel tarzda olabilir. Amaç hem hastanın hem yakınlarının ölüme hazırlığını kolaylaştırmak, onları hastanın yaşam kalitesi, tedavinin uygunluğu gibi etik açmazların çözümüne katmaya çalışmaktır.

Ölmek üzere olan hastalarla ayrıca kendilik psikolojisinden kaynaklanan, bu hastalarda başetme kapasitelerinde yıkıma ve patolojik yas tepkilerine yol açan kendilik kavramlaşmalarının eksikliği üzerinde duran teknikler geliştirilmiştir (Tasman 1982). Gerçekten de terminal dönem hastalarında derin yas tepkisi ve benlik saygısında azalma oldukça sık görülen bir durumdur. Bu hastalar, ayrıca hastane personeline ve ailelerine bağımlı olduklarından onlara yönelik öfke duygularının ifadesinde de güçlükler yaşamaktadırlar. Eğer öfkelerini ifade edecek olurlarsa, reddedilme ve terkedilme korkuları başgösterecek, yani bir bakıma ayrılık anksiyetesi gündeme gelecektir (Myers 1990).

Yaşamı tehdit eden bir hastalık tanısı koyduğunda hekim, durumu hastaya ve ailesine uygun bir dil ve üslupla açıklamalı; onlara hastalığın özellikleri, ölüm potansiyeli ve tedavi ihtimali konusunda yeterince bilgi vermeli, varolan umudu gerçekçi sınırlar içinde tutarak sürekli desteklemelidir. Yaşamlarını tehdit eden bir hastalıkla yüzyüze olduklarını öğrenen birçok hastada, ortaya çıkan emosyonel tepkiler, sanılanın aksine, çoğu kez özel bir girişime gerek kalmadan ve bütünlükte bir bozukluğa neden olmadan kendiliğinden çözülürler.

Ölümcül bir hastayla karşılaşan hekimlerde de çoğu zaman yoğun bir anksiyete ortaya çıkmak-

tadır. Hekim, yaşadığı anksiyetenin hastasıyla iletişimini bozmaması için gerekli özeni göstermeli, gerekirse bu konuda denetim ve yardım almalıdır. Kişinin kalan zamandaki yaşam kalitesi, kullanılacak tedavilerin belirlenmesinde mutlaka hesaba katılmalı, bu konuda hastanın görüşüne başvurulmalıdır (Örnek, Bayraktar ve Özmen 1992).

## 2. Yaşlılarda Uygulanan Psikoterapi Türleri

### a. Bireysel dinamik psikoterapiler:

**I. Kısa (zaman sınırlı) psikoterapi:** Yaşlı hastalarda uygulanan kısa ya da zaman sınırlı psikodinamik terapi, net olarak tanımlanabilen ve çerçevesi çizilebilen, kısa sürede psikoterapiyle çözümleneceği beklenen uyum bozukluğu, çözülmemiş matem tepkisi ve posttravmatik stres bozukluğu gibi, yaşla bağlantılı problemler için kullanılabilir. Birtakım araştırmalar, yaşlı hastalarla yapılmış, 15 oturumluk kısa dinamik psikoterapilerin, odak problemleri, içgörü potansiyeline sahip, psikotik olmayan ve psikotrop ilaç almayan hastaların seçilmesi halinde oldukça yararlı olduğunu göstermektedir (Lazarus ve ark. 1984, Lazarus ve Groves 1987).

Bu alandaki araştırmaların ilginç bir sonucu, kadınların daha erken olumlu değişiklikler, belirtilerde daha büyük düzelmeler ve daha uzun süreli psikodinamik değişim göstermiş olmalarıdır (Lazarus ve Groves 1987, Myers 1990).

Kahana (1987) yaşlı hastalardaki ciddi kemik kırıkları ve yapılan ameliyatlar nedeniyle ortaya çıkan bağımlılık sorunu üzerine odaklanan, yaşamboyu sürmüş sorunların alevlenmesinin yaratmış olduğu krizle ilgilenmek üzere bir kısa psikoterapi türü tanımlamıştır. Burada kullanılan temel araç, telkin, güven verme, anıları ve duyguları sözelleştirmeyi yüreklendirme ve örselleyici olayın kendisinin yarattığı duygu yükünü boşaltmaya çalışma şeklinde özetlenmektedir. Çatışmaların netleştirilmesi ancak ikinci sırada yer almaktadır.

**II. Psikanalitik (içgörü yönelimli) psikoterapi:** 50 yaşın üzerindeki kimselerle klasik psikanaliz çalışması, Freud'un bu konudaki umutsuz ve katı tutumu nedeniyle çok az olmakla birlikte son zamanlarda bu alanda bir kıpırdanma göze çarpmaktadır. Hatta özellikle narsisistik kişilerde olmak üzere, ileri yaşlarda insanların savun-

malarında bir zayıflama görüldüğü, kendilik'i hakkında grandiyöz fantazilerin yerini daha gerçekçi değerlendirmelerin almaya başladığı, dolayısıyla analizden yararlanmaya daha yatkın oldukları şeklinde görüşler ileri sürülmeye başlanmıştır. Bu alanda yoğun deneyimleri olan analistler, yaşlı hastaların analiz için getirdiği materyalin içeriğinin gençlerden değişik olmadığını konusunda ısrar etmektedir.

### b. Dinamik olmayan psikoterapiler:

**I. Destekleyici psikoterapi:** Destekleyici psikoterapiye alınacak hastalar, genellikle ilerleyici tipte organik beyin rahatsızlığına bağlı yıkımları olan ve bir fiziksel hastalık nedeniyle, özellikle bu hastalığın terminal döneminde emosyonel sorunlar yaşayan yaşlılardır. Destekleyici psikoterapinin ne sıklıkta yapılacağını, konfüzyonel durumlar gibi, ortaya çıkan akut sorunların dayattığı gereksinime bağlıdır. Bu tür psikoterapi uygulaması sırasında, hastayı rahatlatma, öğüt verme, artık belli bazı kapasitelerinin azalmış ve bağımlılık gereksinimlerinin artmış olduğunu kabul ve tolere etmesine yardımcı olma, yaşlıya bakım verenleri aydınlatma ve onlara yardım etme gibi daha sağlıklı savunma düzeneklerini desteklemeyi hedefleyen terapist, aynı zamanda yine bu amaçlara yönelik olarak sık sık psikofarmakolojik ajanların yardımına başvurmak zorunda kalabilir.

Destekleyici psikoterapi konusunda en yanlış tutum, onun basit ve kolay bir uygulama sanılmasıdır. Oysa hastadan ve yakınlarından alınan düzgün ve yeterli bir öykü ve hastanın psikodinamikleri hakkında net bir kavrayış olmaksızın, destekleyici psikoterapi stratejileri geliştirebilmek olanaksızdır.

Destekleyici psikoterapi sırasında mutlaka ele alınması gereken durumlardan birisi de, ister hastanın ailesi, ister evde, ister bir merkezde bakım veren personel olsun, hastanın bakımını üstlenen kimselerle ilgilenme gereğidir (Nowitz 1988). Gerçekten de bu alanda birçok sorun ortaya çıkabilir. Hasta ve sorunlu yaşlıların bakımını üstlenmek gibi zor bir görevi olan bu kimselere verilecek destek, bu alanda yapılabilecek en iyi yardımlardan birisidir. Yerinde yapılacak olan ev ziyaretleri, terapistlerin bu insanlara destek verebilmeleri için en uygun zamanlardır. Alzheimer'li hastaların eşleriyle yapılan kısa destekleyici

psikoterepilerin çok yararlı olduğunun gösterilmesi (Groves ve ark. 1984) bu konunun önemini kanıtlamaktadır.

Duygusal sorunları bulunan ve evde oturmak zorunda kalan yaşlı hastalara yapılabilecek en büyük desteklerden birisi de, onlara hizmet veren gündüz bakım merkezlerinin açılmasıdır. Ülkemizde bazı yerel yönetimlerin bu alanda henüz küçük ama geliştirildiğinde çok işlevsel olabilecek çabaları vardır. Bu tür merkezler sayesinde, bu hastaların bakımını üstlenen kişiler, hiç değilse kısa bir süre için nefeslenebilirler; dirençlerini ve heveslerini çok daha uzun zaman dilimlerinde ayakta tutabilirler (Myers 1990).

Goldfarb'ın kısa terapisi de, kurumlarda yaşayan ve bilişsel yetilerinde yıkım ortaya çıkan yaşlılara uygulanan bir destekleyici psikoterapi türüdür. Buna göre terapist, yaşlı hastanın benlik saygısını, denetim duygusunu korumaya ve yükseltmeye çalışır; aynı zamanda hastanın kendisiyle yardımsever ve anlayışlı bir güç figürüymüşçesine özel bir ilişki kurmasına izin vererek onun güvenliğini sağlamaya çaba gösterir. Kısa psikoterapi, haftada bir onbeş dakikalık kısa ziyaretler şeklinde uygulanır ve hastanın gerçekçi gereksinimlerinin olabildiğince karşılanması esasına dayanır (Sadavoy ve Lazarus 1995).

**II. Bilişsel-davranışsal terapi:** Bu terapi tarzıyla yaşlılarda yapılan çalışmaların çoğu daha çok depresyon alanındadır. Bilişsel ve davranışsal stratejiler, bireylerin ve grupların başatma becerilerini iyileştirmelerine yardımcı olmak için kullanılırlar. Bu tedavi teknikleri, hastaların kendileri, dünya ve gelecek hakkındaki olumsuz ve otomatik bilişlerini ve onların duygu ve düşüncelerle olan bağlantılarını denetim altında tutabilmeyi hastalara öğretebilmek için geliştirilmişlerdir. Bilişsel ve davranışsal psikoterapilerde terapist, dinamik yönelimli psikoterapilere göre çok daha aktiftir ve hastayı geçmişten burada ve şimdi ne olduğuyla ilgilenmeye yönlendirmeye çalışmaktadır. Yaşlılarla çalışırken terapist, daha yavaş bir yol izleyebilir; çünkü yaşlı hastaların duygusal algı güçlükleri, bilişsel zorluklarının yanı sıra, onların özellikle genç terapistleri kendilerine bir öğretmen olarak kabul etmelerinde sorunlar yaşanabilir. Yine yaşlı hasta-

larla davranışsal-bilişsel psikoterapi uygulanırken, onların yaşlarından kaynaklanan algısal ve bilişsel engellerini en aza indirebilmek için, yazılı materyal veya çalışmaları teybe kaydederek evde yeniden pekiştirme gibi ev ödevleri kullanılabilir.

Bilişsel rol yeniden yapılandırılmaları ve kendini denetleme teknikleri kullanarak yaşlı depresif hastalarda belirgin yararlar sağlandığı gösterilmiştir (Thompson ve Gallagher 1985). Bu tür tekniklerin ayrıca tedavinin başlangıcında işbirliği kurulmasında güçlük çekilen yaşlı hastalarda (Shute 1986) faydalı olabileceği ve telefonla bilişsel grup danışma programına alınan fiziksel yeti yıkımı içinde bulunan hastalarda (Evans ve ark. 1986) işe yarayabileceği söylenmektedir.

**III. Seks terapi:** Araştırmalar, derin arterlerdeki ateroskleroz ve penisin suspensuar ve fuziform ligamentlerindeki esnekliğin yitilmesi nedeniyle, yaşlı erkeklerde ereksiyonun daha yavaş başarıldığını ve daha doğrudan genital uyarıma gerek olduğunu göstermektedir. Aynı şekilde yaşlı kadınların da, yağ dokusundaki azalmaya bağlı olarak vajen yağlanması ve esnekliğinde azalma olduğu ve yağlandırıcılar kullanmadıkça cinsel ilişki sırasında ağrı olabileceği bilinmektedir.

Yaşlılığın doğal seyrine bağlı bu değişikliklerden ayrı olarak, diyabet, ateroskleroz, hipotiroidizm gibi hastalıklar ve çeşitli ilaç kullanımları erkeklerde erektil işlev bozukluklarına yol açabilirler. Bu yüzden yaşlı çiftleri seks terapisine almadan önce, mutlaka emosyonel ve/veya fiziksel bir hastalık olup olmadığı, sürekli bir ilaç kullanıp kullanmadığı öykü ayrıntılarıyla sorulmalıdır.

Miyokard infarktüsü, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, artrit gibi fiziksel hastalığı bulunan yaşlılar cinsel sorunları nedeniyle özel bir danışmanlığa gereksinim duymaktadırlar. Bu hastalara ve eşlerine mutlaka ne zaman daha güvenli bir biçimde cinsel ilişki kurabilecekleri ve uygulayabilecekleri en uygun pozisyonlar hakkında bilgi verilmeli; onlara cinsel birleşmenin eşle cinsel ilişkinin yegane biçimi ve amacı olmaması gerektiği anlayabilecekleri bir biçimde anlatılmalıdır.

Yaşlı hastaların cinsel sorunlarıyla ilgilenen özellikle genç terapistler karşı-aktarım tepkilerine karşı oldukça uyanık olmak zorundadırlar. Onlar,

yaşlıların cinsellikleriyle ilgileniyor olmaktan dolayı bir rahatsızlık hissedebilirler. Bu olumsuzlukların aksine kimi zaman da genç terapistlerin yaşlıların cinsel sorunlarıyla ilgilenmeleri, yaşlıların hayal güçleri ve tedavi güdülenimlerini hareketlendirmek yoluyla çok olumlu bir etki yaratabilir (Myers 1990).

**IV. Yaşamın gözden geçirilmesi (life review) veya hatırlama (reminiscence) terapisi:** Başta Robert Butler (1975) olmak üzere birçok kimse, yaşlanan bir insanda geçmişi hatırlama ve yansıma şeklinde, o insana ölümle karşılaşabilmesinde, yaşadığı ömrü kavramlaştırabilmesinde ve bu yaşama bir anlam ve önem verebilmesinde yardımcı olan bir süreç olarak değerlendirdikleri, evrensel bir eğilim bulunduğundan söz etmişlerdir. Hatırlama, geçmiş yaşantıların, özellikle anlamlı ve çatışmalı olanlarının anlarına sürekli bir biçimde geri dönüşle nitelenmektedir. Yaşlıların terapisinde çeşitli derecelerde, bu geçmişin anlarına geri gidiş, yaşamdaki anlamı araştırma, kişilerarası ve intrapsişik çatışmalarına bir çözüm bulma hevesi ortaya çıkmaktadır. İşte yaşamın gözden geçirilmesi terapisinin amacı, zaten işlemekte olan bu süreci daha bilinçli ve farkına vararak sürdürmeye çalışmaktan ibarettir. Terapist, hastayı yazılı ve teybe alınmış biyografiler tutmaya, aile ve iyi dostlarla biraraya gelmeye, albümlerde ve başka yerlerde geçmişin izlerini bulmaya yüreklendirerek bu süreci kolaylaştırır ve ona rehberlik eder. Bu teknik sayesinde, eski problemlerin çözüldüğü, çatışmaya karşı toleransın arttığı, suçluluk ve korkuların yatıştığı, şimdiki durumun kabul edilerek benlik saygısının, yaratıcılığın ve cömertliğin arttığı bildirilmektedir (Sadavoy ve Lazarus 1995).

#### c. Grup psikoterapileri:

Grup psikoterapisi, çok heterojen bir yaşlı popülasyonunda, uzunca bir süreden beri, oldukça etkili olarak ve çok değişik özgün modeller ve tekniklerle bir biçimde kullanılmaktadır (Leszcz 1987). Bu tedavi türünün başarısı yatan hastalarda, aktif bakım veren psikogeriatri servislerinde ve huzurevlerinde yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (Myers 1990). Yapılan grup türüne göre etki düzenekleri değişmekteyse de en etkili grup terapileri, çok sayıda destekleyici ilişkinin geliştiği odaklanmış ve kaynaşmış tedavi çevresinin kurulmasıyla ortaya çıkmaktadır.

Ölüm ve yeti yitimi, yaşlılarla yapılan gruplarda sık olarak ortaya çıkan sorunlardır. Leszcz (1987) ayrıca gruplarda karşı-aktarımın iki temel kaynağından söz etmektedir: Bunlardan birincisi, terapistin grubun demoralizasyonu ve yaşlılığın grup tarafından olumsuz olarak değerlendirilmesiyle, diğeri ise, yaşlı bir hastanın kendi kendini idealleştirmeleriyle karşılaşması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Böyle zamanlarda uygun terapötik perspektifleri koruyabilmek için koterapistler yardımcı olabilir.

Leszcz (1989), yaşlılarda uygulanan grup psikoterapilerini dayandıkları kuram ve uygulamalara bağlı olarak üç temel kümeye ayırmaktadır. Bunlardan birincisi, bilişsel bakımdan sağlam yaşlılara uygulanan sözü merkez alan gruplardır. Bu gruplar, psikodinamik, yaşamı gözden geçirme, bilişsel-davranışsal yaklaşımlara göre yapılabilirler. Leszcz, yaşlıların bakımı üstlenenlerle yapılan ve son zamanlarda giderek önem kazanan grupları da bu birinci küme içinde sayar. İkinci tür grupları ise, bilişsel bakımdan yıkım gösteren hastalarla yapılan ve yine sözü merkez alan gruplar oluştururlar. Bu tür gruplar, yeniden toplumsallaştırma (resocialization), yeniden güdülenme (remotivation) ve gerçeğe yönelim gruplarıdır. Üçüncü tür gruplar, dans, drama, müzik, sanat, şiir grupları gibi diğer ikisinin aksine sözü merkez almayan, aktivite ve yaratıcılık merkezli gruplardır.

Leszcz (1989), yaşlı hastanın grup içinde anlaşılmasında ve sorunlara çözüm bulunmasında, kendilik psikolojisinin yaptığı katkılara, bilişsel-davranışsal yaklaşımlarla beceri kazanmayı, işlev bozukluklarını ve özellikle depresojenik tutumları düzeltmeye verdiği öneme ve daha önce ele aldığımız Butler'in yaşamın gözden geçirilmesi tedavisine çok fazla vurgu yapmaktadır. Bilişsel-davranışsal yaklaşımlar ve psikoeğitimsel teknikler, özellikle yaşlı depresif hastalarda etkili oldukları gibi (Thompson ve Gallagher 1985), hafif bilişsel yıkım gösteren hastalarda da oldukça işe yarayabilirler. Daha fazla yıkım gösteren yaşlı hastaları ise, bilişsel alıştırmaların, kelime oyunlarının, fiziksel egzersizlerin, hatırlama pratiklerinin gündeme geldiği, yapılaşmış yeniden toplumsallaştırma ve yeniden güdülenme gruplarına katmak yararlı olabilir. Yeniden yönelim grupları ise, artık herşeyin yeniden öğretildiği, katılanları çevredeki kim, ne, nerede, ne zaman,

niçin sorularının karşılıklarını bulmaya yönelen, bu nedenle çok ileri düzeyde yapılaşmış uyarımlara odaklanmış bir grup türüdür.

#### **d. Aile terapisi:**

Yaşlı hasta, yalıtık ve ihtiyarlanmış bir organizma değil, bir ailesel bağlılıklar ağının bir parçasıdır. Aile yönelimli klinisyenler, geriyatrik hasta hakkında bilgilerimiz arttıkça, bu bağların önemini daha çok farkına vardığımızı dile getirmektedirler (Lansky 1989).

Yaşlı hastaların deliriyum, demans, amnestik ve öteki bilişsel bozukluklarıyla ilgilenirken ailenin desteğini almaksızın, daha doğrusu aileyi bir bütün olarak ele almaksızın çok yol alınmayacağı gibi çoğu zaman sorunlar yalnızca hastayla ilgili olmaktan çıkacak tüm bir aileyi derinden etkilemeye başlayacaktır. Büyük olasılıkla, bilişsel bozukluğu olan hastalarda tedavinin erkenden sona ermesi, hastanın aileden bağımsız ele alınmaya kalkışılmasındandır.

Dikkatlice bakıldığında, ailenin yaşlı bir üyesinde bilişsel işlev kaybına neden olan bir hastalık ortaya çıktığında, hasta, aile ve terapist arasında birçok çatışmanın ortaya çıkabileceği, ailedeki rol dağılımlarının altüst olacağı hemen görülecektir. Bu durumda bu hastalığın hastayı, aileyi ve terapisti ve birbirleri arasındaki iletişimi nasıl etkileyeceği üzerinde teker teker durmak gerekmektedir.

Aile tedavisine başlamanın en iyi yolu, yaşlı hastanın yaşadığı defisitleri ailenin nasıl algıladığı ve bu defisitlerin ortaya çıkmasının ailede neleri değiştirdiği üzerinde eşduyumsal bir yaklaşım ve açıklamadır. Bu arada özgün bir aile psikopatolojisinin olup olmadığı aile öyküsü alınırken ve gözlem sırasında anlaşılmaya çalışılır. Aile içindeki rol dağılımlarının rasyonelitesi, bu dağılımların ne ölçüde rijit olduğu, yaşlı hastaya ailenin nasıl uyum sağladığı da öğrenilmelidir. Eğer yaşlı hastayla birlikte aile içinde çözülemeyen sorunlar başgöstermişse, büyük olasılıkla, eski rol dağılımındaki rijitlikler nedeniyle yeni duruma uyum sağlanamıyor ve birçok alanda birden çatışmalar ortaya çıkıyordur.

Ailede yaşlı bir üyeye ilgili bir sorun ortaya çıktığında, aile sistemi de bundan çeşitli biçimlerde etkilenir. Ailenin her bir üyesinde bu yeni durumla ilgili olarak patojenik fantaziler gelişebilir. Eğer bu yeni durumun ortaya çıkardığı çatışma ve gerilimler, gerçekçi bir biçimde açıklanıp çözüme kavuşmuyorsa, süperego gerilimleri, ailenin suç ve talep algılarını çarpıtarak büyütebilir; aile içinde önceden varolan problemler yeni ve büyük olasılıkla daha kötü bir boyut kazanabilir.

Aile yönelimli klinisyenler, yalnızca yaşlı hastanın tanınal değerlendirilmesi ve hastanın bakımında sağlayacakları destek açısından değil, tüm yönleriyle aile içindeki bu yaşantıların ele alınması gerektiğine inanmaktadırlar.

### **KAYNAKLAR**

Aydemir Ç (1995) Değişik ortamlarda yaşayan yaşlılarda psikiyatrik semptomatoloji. Uzmanlık tezi.

Baker LA, Cesa IL, Gatz M ve ark. (1992) Genetic and environmental influences on positive and negative affect: Support for a two factor. *Psychol Aging*, 7:158-167.

Berezin MA (1980) The elderly person. The Harward Guide to Modern Psychiatry, AM Nicholi (Ed), 5. Baskı, Cambridge, The Belknap Press of Harward University Press, s.541-551.

Busse EW (1983) Biologic and psychosocial bases of behavioral changes in aging. *Review of Psychiatry*, AJ Frances, RE Hales (Ed), 2. Cilt, Washington DC, American Psychiatric Press, s.96-106.

Butler RN (1975) Psychotherapy in old age. *American Handbook of Psychiatry*, S Arieti (Ed), 5. Cilt, 3. Baskı, New York, Basic Books, s.807-829.

Cassel CR, Jameton AL (1981) The elderly: an analysis of medical responsibility. *Ann Intern Med*, 94:802-807.

Cath SH. Functional disorders: An organismic view and attempt at reclassification. *Geriatric Psychiatry: A Handbook for Psychiatry and Primary Care Physician*, L Bellak, TB Karasu (Ed), New York, Grune Stratton, s.141-149.

Ceylan ME, Göka E (1998) Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri: Alkol Kullanım Bozuklukları, Yaşlılık Psikiyatrisi, Demans. İstanbul.

Comfort A (1986) *Practice of Geriatric Psychiatry*. New York, Elsevier.

Eth S, Mills MS (1989) Ethical issues. A Task Force Report of the APA. *Treatments of Psychiatric Disorders*. Washington, APA, s.994-1009.

Evans RL, Smith KM, Werkhoven WS (1986) Cognitive telephone group therapy with physically disabled elderly persons. *Gerontologist*, 26:8-11.

Finkel D, McGue M (1993) The origins of individual differences in memory among the elderly: A behaviour genetic analysis. *Psychol Aging*, 8:527-533.

- Gelder M, Gath D, Mayau (1988) Oxford textbook of psychiatry. Oxford University Press, s.596-624.
- Goldstein MZ (1995) Elder abuse and neglect. Comprehensive Textbook of Psychiatry, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2652-2656.
- Groves L, Lazarus LW, Newton N ve ark. (1984) Brief psychotherapy with spouses of patients with Alzheimer disease: relief of psychological burden. Clinical Approaches to Psychotherapy with the Elderly, LW Lazarus (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, s.38-53.
- Güngen C, Ertan T, Eker E (1998) Admissions to the first geriatric psychiatry unit in Turkey International Psychogeriatric Association and Turkish Society of Psychogeriatrics. A joint meeting. Poster presentation.
- Haupt M (1998) Emotional lability catastrophic reactions and intrusiveness in demented patients. International Psychogeriatrics, 8:(Suppl 3).
- Henderson S (1995) Epidemiology of psychiatric disorders. Comprehensive Textbook of Psychiatry, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2513-2519.
- Jarvik LF, Small GW (1995) Geriatric psychiatry. Comprehensive Textbook of Psychiatry, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2507-2513.
- Jenike MA (1989) Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology. Chicago, Year Book Medical Publishers.
- Kahana RJ (1987) Geriatric psychotherapy: beyond crisis management. Treating the Elderly with Psychotherapy: The Scope for Change in Later Life, J Sadavoy, M Leszcz (Ed), Madison CT, International Universities Press, s.233-263.
- Kaplan HI, Sadock BJ (1998) Synopsis of Psychiatry. 8. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.16-75.
- Katz S (1984) Silent World of Doctor and Patient. New York, Free Press.
- Katz IR, Smith BD (1995) Psychiatric aspects of long-term care. Comprehensive Textbook of Psychiatry, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2622-2626.
- Kogan H (1990) Personality and aging. Handbook of The Psychology of Aging, JE Birren, KW Schaie (Ed), 3. Baskı, New York, Academic Press.
- Lansky MR (1989) Family therapy. Comprehensive Textbook of Psychiatry, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2598-2599.
- Lazarus LW, Groves L, Newton N ve ark. (1984) Brief psychotherapy with the elderly: a review and preliminary study of process and outcome. Clinical Approaches to Psychotherapy with the Elderly. LW Lazarus (Ed), Washington DC, American Psychiatric Press, s.15-35.
- Lazarus LW, Groves L (1987) Brief psychotherapy with the elderly: a study of process and outcome. Treating the Elderly With Psychotherapy: The Scope for Change in Later Life, J Sadavoy, M Leszcz (Ed), Madison CT, International Universities Press, s.265-293.
- Leszcz M (1987) Group psychotherapy with the elderly. Treating the Elderly with Psychotherapy: The Scope for Change in Later Life, J Sadavoy, M Leszcz (Ed), Madison CT, International Universities Press, s.325-349.
- Leszcz M (1989) Group therapy. Comprehensive Textbook of Psychiatry, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2599-2602.
- Liptzin B (1989) Economic issues. A Task Force Report of the APA. Treatments of Psychiatric Disorders. Washington, APA, s.979-983.
- Mace NI, Rabins PV (1981) The 36-Hour Day. Baltimore, The John Hopkins University Press.
- Maletta GJ (1988) Alzheimer's Disease: Management. Dupont Monograph Series. B Reisberg (Ed), Wilmington, Dupont Pharmaceutical Company.
- Mercer SO (1982) Consequences of institutionalization of the aged. Abuse and Maltreatment of Elderly, JL Kosberg (Ed), Boston, John Wright.
- Mills MS, Spencer E (1989) Legal aspects. A Task Force Report of the APA. Treatments of Psychiatric Disorders. Washington, APA, s.979-983.
- Myers WA (1986) Transference and countertransference issues in treatments involving older patients and younger therapists. J Geriatr Psychiatry, 19:221-239.
- Myers WA (1990) Psychotherapy and the elderly patient. Review of Psychiatry, AJ Frances, RE Hales (Ed), 9. Cilt, Washington, American Psychiatric Press, s.263-279.
- Neugarten BL (1970) Adaptation and the life cycle. J Geriatr Psychiatr, 4:71-77.
- Norberg A, Norberg B, Gipper H ve ark. (1980) Ethical conflicts in long-term care of the aged: nutritional problems and the patient-care worker relationship. Br Med J, 1:377-378.
- Nowitz L (1988) A new profession for an aging society: a week in the life of geriatric care manager. The Family Therapy Networker, 12:36-40.
- Onur B (1986) Gelişim Psikolojisi. 3. Baskı, Ankara, İmge.
- Örnek T, Bayraktar E, Özmen E (1992) Geriatrik Psikiyatri. İzmir, Saray Tıp Kitabevleri.
- Öztürk O, Volkan V (1971) Theory and practice of psychiatry in Turkey. Am J Psychother, 25:240-271.
- Palabıykoğlu R, Yucat T, Haran S (1992) Yaşlılarda depresyon ve yaşam doyumu. Kriz Dergisi, 1(1):26-33.
- Plotkin DA (1995) Treatment setting. Comprehensive Textbook of Psychiatry, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2620-2622.

Powell AL, Courtice K (1983) Alzheimer's Disease: A Guide for Families. Mass: Addison-Wesley Publishing Company.

Rabins PV (1984) Management of dementia in the family context. *Psychosomatics*, 25:369-375.

Rovner BW, Rabins PV (1985) Mental illness among nursing home patients. *Hosp Community Psychiatry*, 36:119-138.

Rue AL (1995) Psychological aspects. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2527-2531.

Sadavoy J, Lazarus L (1995) Individual psychotherapy. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, HI Kaplan, BJ Sadock (Ed), 2. Cilt, 6. Baskı, Baltimore, Williams & Wilkins, s.2593-2597.

Schurman RA, Kramer PD, Mitchell SB (1985) Hidden mental health network. *Arch Gen Psychiatry*, 42:89-94.

Shute GE (1986) Psychotherapy of reluctant, depressed elders. *Clinical Gerontologist*, 6:81-83.

Siegler M, Weisbard AJ (1983) Against the emerging stream: Should fluids and nutritional support be discontinued? *Arch Intern Med*, 145:129-131.

Steuer J (1982) Psychotherapy with the elderly. *Psychiatr Clin North Am*, 5:199-213.

Tasman A (1982) Loss of self-cohesion in terminal illness. *J Am Acad Psychol*, 10:515-526.

Thompson WL, Gallagher D (1985) Depression and its treatment in the elderly. *Aging*, 348:14-18.

Thurow L (1997) Kapitalizmin Geleceği. S Demirtaş, N İlseven (Çev.), İstanbul, Sabah Kitapları.

Waxman HM, Astrom S, Norberg A ve ark. (1988) Conflicting attitudes toward euthanasia for severely demented patients of health care professionals in Sweden. *J Am Geriatr Soc*, 36:397-401.