

YAŞLILARDA PSİKOFARMAKOLOJİK TEDAVİ

Prof.Dr. İsmail ÇİFTER

GİRİŞ

İnsanın doğumundan önce 500 yıllarında doğumda yaşam beklentisi ortalama 18 yıl idi. Orta çağlarda ise bu süre iki katı kadar artmıştır.

Geçen 100 yıl içinde ortalama yaşam beklentisinde hızlı bir artış olmuştur. Örneğin, A.B.D. de ortalama yaşam beklentisi 1900'lü yıllardaki 50 yıldan, 1976 da 73 yıla yükselmiştir. Ortalama yaşam beklentisi aynı yılda Avrupada 71, Afrikada 46, Asyada 58 yıl olarak tahmin edilmiştir.

Bu gün için dünyada yaşayan 3 milyar insanın ortalama 200 milyonunu 65 yaş üzerindeki kişiler oluşturmaktadır. Bunu destekleyen bir tahmini çalışmada A.B.D. de ortalama 65 ve üzerindeki yaşda 22-25 milyon insan varken 2025 yılında bu yaşlı popülasyon sayısının 42 milyon olacağı bulunmuştur. Çok iyimser çalışmalara göre yaşlı insanların sayısının gelecek 50 yıl içinde iki kata çıkacağı tahmini yapılmaktadır. Örneğin, 2025 yılında A.B.D. de 65 yaşın üzerindeki insan sayısının nüfusun % 16,2 sini oluşturacağı beklenilmektedir. Bu tahminlere göre her 9 Amerikalıdan 1 tanesinin yaşlı olacağı ve bu oranın 50 yılda artarak her 5 kişiden 1 tanesinin yaşlı olacağı ileri sürülmektedir.

İnsanlarda yılların geçmesi ve yaşlanma ile birlikte düşünmede yavaşlama, yakın bellekte ilerleyici olmayan bozulma, heyecanlarda azalma, dikkatli davranmada artma, gündüz uyuklamalarına bir eğilimle birlikte uyku örüntülerinde değişme, libidonun genitaliteden beslenme kanalına ve beden içine bir kayma göstermesi gibi çok iyi bilinen özelliklerin ortaya çıktığı psikolojik değişiklikler görülür.

Yaşlanma yaşamın ileri periyodları ve bu periyodlarda görülen psikopatolojiyi tanımlamak için kullanılabilir, yaşlanma yavaş yürüyen bir krizdir. Değişikliklerin çoğu tedrici ve ilerleyicidir.

Bir kişinin yaşam periyodunda ileri yaşlılık gelişimsel evrelerin sonuncusu olarak düşünülebilir, eğer gelişim statik değilse, fiziksel ve psikososyal eksikliklerle birlikte ise ortaya çıkan savunucu tepkiler de hem eski hemde yenidir. İnsanın yaşam siklusunda her evrenin kendine özgü travmatik elementleri vardır. Bundan başka yaşlılık insana acı veren tüm olaylara maruz kalmadan ortaya çıkan birikmiş bir çok zedelenmeleride içerir.

Yaşlılıkta kesin psikiyatrik tanı basit bir biçimde konulmayabilir. Psikiyatrik bozukluklar beden ağırlığında azalma, kabızlık, ağz kuruluğu, kalp atım hızında ve kan basıncında değişiklikler ve tremorlar gibi fiziksel belirtilerle belirgin duruma gelebilir. Bilinçlilik, duygu, durum, algı ve düşünüş bozuklukları ve düşünce içeriği bozuklukları görülür ve belirgindir.

Psikiyatrik morbidite insidenisi ise yaşlılarda yüksektir. Yüzyılın ilk yarısında A.B.D. deki 65 yaş üstündeki insanların sayısındaki 3 kat bir artış, bu yaş grubundan akıl hastanelerine ilk yatan hastaların sayısında 9 kat bir artışla birlikte. 65 yaşın altındakilerde 1965 yılında ilk akıl hastanesine yatırılma oranı 70/100 000 iken 65-74 yaşlar arasında 100/100 000'e ve 75-84 yaşlar arasında da 200/100 000'e yükselmiştir. Yine A.B.D. de 65 yaş üzerindeki her 1000 kişiden en az 9 tanesi akıl hastanelerinde ve 27 tanesi de bakım ve dinlenme evlerinde yaşamaktadırlar. Hastaneye yatırılanların % 60'ından fazlasında kronik organik Beyin Sendromu bulunmaktadır. 60 yaş ve üstündeki 30 milyon insanın % 5-10 ununda ileri düzeyde demans, 1,5-3 milyonunda Alzheimer hastalığı veya senil demans bulunmaktadır. Bu yaşlılarda tam konduğu zaman ki ileriye yönelik yaşam beklentisi 5 yıl kadar ve ölüm nedenlerinin 4 ncü ve 5 inci sıra nedenleri arasında ise sırası ile Alzheimer hastalığı ve Senil Demans bulunmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde özellikle A.B.D. de 60 yaşın üstündeki her üç kişiden 1 tanesi bir veya daha fazla sayıda psikotrop ilaçlarla tedavi edilmektedirler. Hastanede yatan ileri yaşlardaki hastaların % 70 i nöroleptik, antidepresan, anksiyolitik, vazodilatör veya santral sinir sistemi stimulanlarını kullandıkları saptanmıştır. Aynı şekilde tedavi kurumlarında yatan her 6 tanesinden 1 tanesi aynı zamanda iki veya daha fazla psikotrop ilaç kullanmaktadır.

YAŞLI HASTALARDAKİ PSİKİYATRİK BOZUKLUKLAR

Yaşlı bir psikiyatrik hastayı incelerken bir sıra çok görülen ve önemli olan fiziksel durumlar akılda tutulmalıdır, çünkü bu durumların ruhsal semptomlara neden oldukları çok iyi bilinmektedir. Bakteriyel ve metabolik orijinli toksinler yaşlılarda çok görülür. Bakteriyel toksinler genel olarak pnömonik durumlar ve üriner enfeksiyonlardan. açık ve kapalı enfeksiyon odaklarından kaynaklanır. Yaşlılarda ruhsal semptomlara neden olan ve sık görülen metabolik entoksikasyon üremidir. Hafif diyabet, karaciğer yetmezliği ve gut gibi durumlar kozaif ajanlar olarak kolayca gözden kaçabilir. Alkol ve madde kullanımı ileri yaşlarda bir çok ruhsal bozukluklara neden olabilir fakat bu tür madde kullanımları yaşlı hastanın öyküsünden elde edilebilir. Kalp yetersizlikleri, amfizem veya her ikisinden kaynaklanan anoksi yaşlı kişilerde sıklıkla ruhsal semptomlara neden olur. Anoksi konfüzyon durumları cerrahi girişimlerden, bir kalp infarktüsünden, mide - barsak kanamasından, karotid arterlerin stenoz ve tıkanmalarından sonra görülebilir. Beslenmeye bağlı eksiklikler yalnız heyecansal bozuklukların semptomları olmayıp aynı zamanda nedenlere de olabilir.

Bir psikiyatrik öykü alınırken bu yaşlanma dönemindeki hastalara ait bir kısım komponentlere de psikiyatristlerin dikkat etmeleri ve önemle üzerinde durmaları gerekir. Yaşlı hastaların motor aktivitelerinde, yürümelerinde, ekspresif hareketlerinde ve konuşma biçimlerindeki beheyoral değişiklikler ya incelenmeyi yapan hekim tarafından ya da hastanın yakınları tarafından verilen bilgilerden saptanabilir.

Yaşlılarda görülen psikiyatrik bozuklukların nedenleri pek çok, karmaşık ve organik beyin bozuklukları ile komplike hale gelmiş durumda olabilir.

Organik Mental Bozukluklar

Yaşlılarda görülen organik mental bozukluklar beyin dokusunun bozulmuş işlevleri veya ölümü ile ilişkilidir. Bu tür bozukluklarda yönelim bozuklukları, zihinsel işlev bozuklukları, bellek bozuklukları, kavrama yetisinde ki bozukluklar ve heyecansal labilite gibi özel belirtiler ortaya çıkar. Örneğin, bakım evlerinde bulunan 1-3 milyon kişinin % 50 sini Alzheimer hastalığı olan vakalar oluşturur. Bundan dolayı Alzheimer hastalığı bütün dünyada milyonlarca insanı etkileyen ve sık görülen bir beyin hastalığıdır. Yaşlılarda görülen ölümlerin büyük bir kısmından bu hastalık sorumlu tutulmaktadır. Bu hastalar Alzheimer hastalığından dolayı bellek bozuklukları ve konfüzyon nedeniyle total yetisizlik gösterirler. Bu hastaların beyin sinir hücrelerinde nörofibriller oluşumla, (anormal protein strüktürleri) birikimi ile birlikte yıkıcı nörotik plaklardan oluşan değişiklikler bulunur.

Tıpta kullanılan çeşitli ilaçlar her türlü hastada psikiyatrik semptomlara neden olabilir fakat bu özellikle yaşlılar için önem taşır. Örneğin, yaşlı hastalarda psikiyatrik semptomların ve bozuklukların tedavisinde genç hastalardan farklı biçimde santral sinir sistemi stimulanları, antidepressanlar, nöroleptikler, anksiyolitikler, hipnotikler, adrenerjik reseptör blokerleri, serebral vazodilatörler, serebral metabolizma üzerine etkili ilaçlar, ribonükleik asid ve bununla ilişkili maddeler, nöropeptitler ve diğer hormonlar, nörotransmitterlerin fonksiyonları üzerine etkili ilaçlar ve vitaminler kullanılmaktadır. Bu tür ilaçlara çok duyarlı iseler, eğer hastalar ilaç kullanımı ile ilgili talimatlara uymamışlarsa ortaya çıkabilir. En çok görülen semptomları arasında konfüzyon, deliriyum, yönelim bozukluğu ve depresyon vardır. Eğer hastalarda hallusinasyonlar ve paranoid eğilimler görülürse skizofreniye benzer semptomlar ortaya çıkabilir. Deliriyum ve demans gibi organik ruhsal sendromların tedavilerinde antipsikotik ilaçlar özel ve düzeltililebilir yapısal, enfeksiyöz, metabolik veya toksik neden aranırken geçici olarak kullanılır. Herhangi düzeltililebilir bir nedenin saptanamadığı durumlarda bu ilaçlar bazen kronik olarak kullanılabilirler. Yaşlı demanslı hastalara az dozda güçlü antipsikotik ilaçlar verilebilir. Yaşlılarda psikiyatrik semptomların çıkmasına neden olan bir kısım ilaçlardan son yıllarda sıklıkla söz edilmektedir. Ortaya çıkan semptomlar genel olarak depresyon, ajitasyon ve deliriyumdur. Bu ilaçlar arasında : Trandermal Scopolamin, atropin içeren göz damlaları, cimetidine (Tagamet) ibuprofen (Motrin, Advil), İndomethacin (İndocin), levodopa (Dopar) timolol (Timoptic), trazodone (Desyrel) ve ranitidine (zantac) vardır.

Psikiyatrik semptomlar ilaçlar kesilince genellikle kaybolur fakat hekim ilacın özellikle birden bırakılması ile ortaya çıkan «Eksiklik Reaksiyonları» için uyanık olmalıdır.

Skizofrenik Bozukluklar

Yaşlılık döneminde geç -başlayışla skizofreni konusunda düşünüş ve görüşbirliği yoktur. Geç Parafreni deyimi daha çok Avrupalı psikiyatristler tarafından kullanılmaktadır. Bu tanı organik demans veya doğrulanmış konfüzyon belirtileri bulunmayan paranoid semptom kompleksini olan hastalar için konur. Deluzyonel ve hallusinatuar semptomlar Major Duygudurum bozukluğunun neden olduğu semptomlar değilmiş gibi görülür. Tüm olarak, paranoid semptomlar hastanın tedricen üstünlüğünün kaybedilmesine karşı bir savunma olarak görülür. Bunun gibi özellikle post-operatif durumları olan yaşlı erkeklerde eşlerinin kendilerine bağlı kalmaları hakkında şüphe ve hezeyanlarını ifade ettikleri gibi kadınlarda sıklıkla kendilerinin gizli bir biçimde elektrikle etkilendikleri veya gazla zehirlenmek suretiyle kendilerine etki yapıldığı veya gözetlendiklerini ifade ederler. Bu semptomların yaşlı kişilerde tedricen kontrol kayıplarına karşı birer savunma niteliği taşıdığı ve bunların hepsinin bir yardımcı çıktığı olduğu ileri sürülmektedir.

Yaşlı skizofrenik hastalar fenotiazinlere oldukça iyi cevap verirler, yalnız dikkatli bir biçimde kullanılmalıdır. Tedaviye ufak dozlarla başlanır, hastanın toleransına göre tedricen artırılır. Yaşlı kişilerin metabolizmalarının ve detoksifikasyon mekanizmalarının genç skizofrenik hastalar kadar etkili olmadığı unutulmamalıdır.

Yaşlılardaki skizofrenik ve paranoid semptomlar daima antipsikotik ilaçlara cevap verirler. Örneğin, klorpromazin veya tiyordazine günde 3 defa 10 mg. la başlanır ve günde 4 defa 50 mg. a çıkarılır. Bu şekilde eksitasyon, huzursuzluk ve ajitasyon azaltılabilir. Yaşlı hastaların antipsikotik ilaçların yan etkilerine toleransları zayıf olduğu için bu ilaçların dozları sınırlı olmalıdır. Çok yaşlı hastalar genç yetişkinlerin ihtiyaç duyduğu dozların yarısı veya daha azı kadar dozlara ihtiyaç duyarlar.

Duygudurum Bozuklukları

Depresyonun ileri yaşlarda çok sık görülür. Bu hastalar erken yaşta başlangıcı olan depressif hastalarla karşılaştırıldıklarında heyecansal, sosyal ve psikoseksüel yönde daha iyi uyum sağlamış kişiler olarak görülürler. Yaşlı kişilerde ilk depressif nöbetlerin büyük bir kısmı, özellikle şiddetli nöbetler yaşamın ikinci yarısında görülür. Depresyonun en yüksek ilk ortaya çıkış insidensi erkeklerde 55-65 yaşları arasında, kadınlarda 50-60 yaşları arasındadır. Belirgin nörotik veya psikotik semptomların varlığına bakılmaksızın depresyonun ortaya çıkışı bir kısım travmatik olaylarla yakın ilişkilidir ve bu olayları takibeder. Burada sözü edilen presipitan olaylar arasında büyük kayıplar, çocukların evden ayrılması, statü kaybı, emeklilik, fiziksel hastalıkla kaybolma korkusu ve tehdidi ve eş hastalığı gibi olaylar bulunur. İleri yaşlarda görülen depresyonlarda presipitan olaylar gençlerdeki depresyonlardan daha fazla sıklıktadır. Antidepressan ilaçlar özellikle trisiklik antidepressanlar depressif bozuklukların tedavisinde yararlıdır. Bu ilaçlara dirençli vakalar bir seri elektrokonvülfiz terapiden yararlanabilirler.

Yaşlıların çok sık görülen medikal sorunları ve nisbeten yavaş olan ilaç metabolizmaları genellikle konservatif antidepressan tedaviye zorunlu hale getirir. Özellikle yaşlılar için ilk gün 25 mg trisiklik antidepressanla (imipramin, amitriptilin) tedaviye başlama ve ikinci günde 50 mg. a çıkma, hasatının tek küçük bir doza alınmasına izin verme daha akıllıca bir tutumdur. Daha konservatif bir dozaj seması olarak, birinci hafta günde 50 mg' da kalma ve dozu her iki günde bir 25 mg. artırarak günlük 150 mg. lik doz düzeyinde kaldıktan sonra, dozaj hastanın tolere ettiği kadar artırılabilir. Bunun da nedeni bazı yaşlı hastaların yavaş metabolize edici olmaları ve bunun yerine oldukça yüksek dozda antidepressan ilaca gereksinme

duymaları ve düşük dozda tedavi sürdürüldüğünde yaşlı hastanın tedavi edilmeden kalma olasılığının bulunmasıdır. Tripraminin yaşlı hastalarda nisbeten düşük yan etki profili gösterdiği ve uykuyu kolaylaştırmada bu ilacın hızlı etkisi olduğu gösterilmiştir.

Manik ve Hipomanik Bozukluklar

Yaşlılıkta manik ve hipomanik bozukluklar depresyonlardan daha az sıklıktadır. Bununla birlikte yaşlılık döneminde bu tür bozukluklar görülebilir. Bu gibi durumlarda hasta ve yakınları bunun bir bipolar hastalığın hipomani fazı olduğunu tanımada güçlükler gösterebilirler; saldırganlık, aşırı aktiviteyi bir senil beyin bozukluğundan kaynaklanan yargılama kusurları olarak görürler. Bu türlü bir mani veya hipomani durumu bir depressif bozukluğu takip edebilir, hastanın yakınlarının gözünden kaçacak kadar kısa süreli de olabilir. Böyle durumlarda hostilete veya paranoid davranış görülebilir. Yaşlılarda görülen bu tür bozukluklarda Lithium başarı ile kullanılabilir.

NÖROZLAR

Nörozların ve kişilik bozukluklarının yaşın ilerlemesi ile birlikte iyileştigiğine ait yaygın bir inanış vardır. Bunlardan hipokondriyazis yaşlılıkta özellikle sık görülen bir bozukluktur. Güvensizlik ve gerçek anksiyete uyandıran durumları artırır. İleri yaşlarda görülen obsessif-kompulsif bozukluklar ve bunlara bağlı örüntüler genç yaşlardakine benzer. Histerik nörozlar ileri yaşlarda çok sıklıkla görülmez. Uykusuzluk yakınmalar da ileri yaşlarda çok sık görülür.

PSİKOFARMAKOLOJİ

Yaşlılarda psikotropik ilaçların kullanımı ile ilgili bazı ilkelere vardır:

Yaşlılarda psikotropik bir ilaç yazmadan önce hekim hastanın tıbbi ve psikiyatrik öyküsünü, mevcut stres faktörlerini, evvelce kendisine verilmiş ilaçları, ruhsal durumu ve fiziksel inceleme sonuçlarını iyi bir biçimde değerlendirmeli, hastanın halen kullanmakta olduğu ilaçlar gözden geçirilmelidir. Çünkü bir çok ilaçların birarada kullanılması sonucu yaşlı kişilerde bir kısım semptomlar ortaya çıkabilir. Bu gibi durumlarda eğer mümkünse yaşlı hastaların kullanmakta olduğu ilaçlar kesilmeli ve ilaç kullanılmaksızın bu yaşlı kişilerin yeniden bir değerlendirilmesi yapılmalıdır. Çünkü başka bir kısım ilaçlarda birlikte psikotrop ilaçların kombine kullanılması semptomların ortaya çıkışında olumsuz katkılarda bilinir. Bu şekilde yapılan geniş ölçüdeki değerlendirmeler sonucunda aile içinde bir ölüm gibi yakın zaman da geçirilen bir stres durumu görülebilir, bu da hastanın beheyorunda görülen değişime için sorumlu olabilir. Böyle durumlarda psikoterapi veya çevresel destek gibi yaklaşımlar ve büyük trankilizanlar yararlı olabilir.

Psikotropik ilaçlar yaşlılıkta da 24 saatlik bir periyotta, 3 veya 4 defa eşit bölünmüş dozlarda verilmelidir, çünkü yaşlı yetişkin hastalar günlük aşırı miktarda kullanılan ilaç dozlarına bağlı yüksek kan ilaç düzeylerindeki ani bir yükselmeye tolerans gösteremeyebilirler. İlaç kullanan yaşlı hastaların kan basıncındaki ve nabız sayısındaki değişimler ve diğer yan etkiler gözlenmelidir.

Uykusuzluğu olan hastalar için yatmadan önce verilen bir antipsikotik veya antidepresan ilacın biraz fazla bir dozu sedatif ve spesifik etkiler yönünden yararları olabilir. Tablet yutmayı reddeden veya yutamayan yaşlı hastalar için likit preparatlar yararlı olabilir.

İdame tedavisi, dozaj değişiklikleri ve yan etkilerin ortaya çıkmasında dolayı hastalar durmadan yeniden değerlendirilmelidir.

Bir major trankilizan ilacın ekstrapiramidal yan etkilerini ortadan kaldırmak için bir antiparkinsoniyen ilaca gerekirse varsa kullanılmalı ve profilaktik olarak kullanılmamalıdır. Çünkü bu ilaçlar büyük trankilizan ilaçların ve diğer ilaçların antikolinjerik yan etkilerini arttırabilirler. Eğer bir antiparkinsoniyen ilaç kullanılmışsa 4-6 hafta sonra bir deneme için bu ilaç bırakılmalıdır, çünkü antiparkinsoniyen ilaç kullanımını bırakan has taların yalnız % 18-20 sinde ekstrapiramidal yan etkilerin bir rekürrensi görülür. Eğer ekstrapiramidal yan etkiler hafif düzeyde ise antipsikotik ilacın dozunu azaltma bir antiparkinsoniyen ilaca gereksinimi ortadan kaldırabilir.

Eğer ajitasyon, hezeyanlar ve hallusinasyonlar gibi semptomlar için bir antipsikotik ilaç endikasyonu varsa halen mevcut olan medikal sorunları en az agrave eden bir ilacın seçilmesi en iyi yoldur. Örneğin, kalp-damar sistemi bozukluğu olan yaşlı bir psikotik hasta klorpromazin gibi bir fenotiazinin hipotansif yan etkisine son derece duyarlı olabilir. Böyle bir hastada fenotiazin grubu ilaçtan daha az hipotansiyon ve sedasyon meydana getirmesinden dolayı haloperidol tercih edilebilir. Bunun tersine motor koordinasyon güçlüğü içindeki yaşlı bir hasta için fenotiazin grubu ilaç haloperidolden daha iyi olabilir, çünkü haloperidol fenotiazinlerden daha fazla ekstrapiramidal yan etki husule getirir.

Özellikle organik bir beyin hastalığı olan yaşlılarda antipsikotik ilaçların yan etkilerine karşı duyarlılık söz konusudur. Burada iki yan etki üzerinde durulmaktadır: Bunlardan ilki biçim bozucu ve envolonter bukka ve lingual mastikator hareketlerle karakterize geç diskinezidir. Akatizi, koreiform beden hareketleri ve ritmik ekstansiyon ve fleksiyon hareketlerinde görülebilir. İnce tremorlar ve vermikular hareketlerin görülmesi durumunda ileri doğru çukmuş dilin incelenmesi yararlı bir tanı yöntemidir.

İkinci yan etki bir antipsikotik, bir antiparkinsoniyen ilaç ve bir trisiklik antidepresan ilaç gibi tek bir ilaç veya kombine kullanılan ilaçların antikolinjerik özelliklerinden kaynaklanan bir toksik konfüzyonel durumdur. Aynı biçimde «Santral Antikolinjerik Sendrom» olarak anılan kısa süreli belirgin bellek bozukluğu, dikkat bozukluğu, yönelim bozukluğu, anksiyete, görme ve işitme hallusinasyonları, psikotik düşünüşte artma ve periferik antikolinjerik yan etkilerle karakterize bir durumda vardır. Yan etkiler ortaya çıkmadan önce psikotik konfüzyon içinde olan hasatalarda bunu tanımak bazen güçtür. Bu sendromun başlangıcı daha önce mevcut olan psikotik semptomların bir kötüleşmesiyle kendisini gös terebilir ve bu durumda sendrom yalnız biçimde psikozen kötüleşmesine atfedilir. Bu durum doktorun antipsikotik ilacı artmasına neden olur, bu ise yeniden psikotik semptomların artmasına neden olur.

Antiparkinsoniyen ilacın antikolinjerik etkileri nedensel bir faktör olabilir. Bir çok yaşlı hastaların bir antipsikotik

ve bir antiparkinsoniyen ilacı birlikte kullanmalarından dolayı ortaya çıkan ve antikolinergik etkilere bağlı bozuklukların etkili bir biçimde tedavisi antipsikotik ilacın bırakılması, antiparkinsoniyen ilacın bırakılması veya her ikisinin de bırakılması ile yapılabilir. Konfüzyonel durum ilaç veya ilaçlar bırakıldıktan sonra bir veya iki gün içinde düzelir.

Hafif düzeyden orta düzeye kadar anksiyetesi olan yaşlı hastalarda bir anksiyolitik ilaç kullanma endikasyonu bulunabilir. Yaşlı hastalarda anksiyolitik ilacın etkili dozu yetişkin kişilerden genellikle daha azdır. Klordiazopoksit veya diazepam 5 veya 10 mg lık dozlar da, bir günde iki veya üç defa verilirse genellikle etkilidir. Bu türlü ilaçlar hipnotik etkilerinden dolayı yatmadan önce de kullanılabilir. Barbitüratlar benzodiyazepinlerle karşılaştırıldığında yan etkiler bakımından daha az güvenli ve daha az terapötik etkiye sahiptirler. Bununla birlikte bu ilaçların da (Benzodiyazepinler) bağımlılık yapma riskleri vardır. Aynı zamanda konfüzyon, yönelim bozukluğu, eksitasyon ve psikotik semptomların artmasıyla karakterize paradoks reaksiyonlara da neden olabilirler.

Depresyon yaşlılarda çok sık görülen psikiyatrik bozukluktur ve genel olarak psikoterapiye de iyi cevap verir. Yaşlı depresyonu olan hastalarda amitriptilin ve imipramin gibi trisiklik antidepresanlar bir günde 50-75 mg lık başlangıç dozları halinde kullanılabilir ve hastaların tedaviye gösterdikleri cevaplara ve yan etkilere göre tedricen doz artırılır. Kardiyak izleme zorunlu değildir. Diğer psikotrop ilaçlar gibi antidepresanlar yaşlılarda gençlerden daha fazla yan etki gösterirler. Bunların arasında psikotik semptomların alevlenmesi, ekstrapiramidal semptomlar ve tremor gibi antikolinergik yan etkiler, merkezi antikolinergik sendrom ile kardiyotoksikite gibi yan etkiler bulunur. Biri trisiklik antidepresana cevap vermeyen hastalar başka bir antidepresana cevap verebilirler. Eğer bir hasta yoğun psikoterapiye rağmen yine de depresyon içindeyse ve bir veya daha fazla antidepresan denenmişse hastaneye yatırılma düşünülmeli, hastanede bir MAOI (örneğin fenelzin) yeni kuşak bir antidepresan kullanılması veya EKT yapılması düşünülmelidir.

KAYNAKLAR

1. Ban, TA.: Psychopharmacology for the aged. Karger. Basel-München-London-New York-Sydney.1980
2. Çifter, I Psikiyatri (3.ed) Gazi Üniv. Basın ve Yayın Y.Ok. Matbaası. Ankara 1990
3. Kaplan, HI. and Sadock. BJ.: Synopsis of Psychiatry (V.ed), William and wilking inc. Baltimore-Hon Kong-London-Sydney.1988