

DEMANSTA PSİKOSOSYAL YAKLAŞIM

Dr. MİNE ÖZMEN

ÖZET

Alzheimer hastalığında tam bir tedavi mümkün olmadığından yeti yitimini arttıran tıbbi ve psikolojik faktörlerin tanınması ve düzeltilmesi, ailenin bilgilendirilmesi ve rehberlik edilmesi çok önemlidir. Yazıda demansta psikososyal yaklaşım konusundaki bilgiler gözden geçirilmiştir.

SUMMARY

Since no treatment for Alzheimer's Disease is available, recognizing the medical and psychological factors which increase the patient's disability, giving information and guidance to the family is very important. The literature about psychosocial approaches in dementia has been reviewed in this article.

Demans tanısı almış hasta benlik saygısını neredeyse "katastrofik" olarak niteleyebileceğimiz ölçüde yitirmiştir ya da yitirme riski altındadır. Hele hastanede ya da kurumda ise evini, dünyadaki yerini ve kimliğini kaybetmiştir. En temel gereksinimleri için başkalarına bağımlıdır. Bu nedenle bu hastalarla kurulacak tüm temaslar, bu örneğin banyosunu yaptırmak ya da bir enjeksiyon yapmak bile olsa, hastanın benlik değerini koruyacak bir biçimde kurulmalı, yaşının gerektirdiği saygı gösterilmeli ve onuru korunmalıdır. Hekimin ve tedavi ekibinin demans tanısı almış hasta ile diğer hastalarla kurduğundan farksız bir ilişki kurması gerekir. Hastaya resmi biçimde hitap edilmeli ve eli sıkılmalıdır. Hastayı uzun zamandır takibeden, ekibin ilişkisi zaman içinde farklılaşabilir, hitap tarzları değişebilir ancak bu resmiyet-dışı tutum karşılıklı olmalıdır (*Alvin ve Goldfarb, 1976*).

Demanslı hastaya psikoterapotik yaklaşım nazik ve duyarlı bir tutum şeklinde özetlenebilir. Böyle bir yaklaşımı sürdürebilmek için demanslı hastanın zihinsel süreçlerini ve dünyayı nasıl algıladığını bilmek gerekir. Örneğin hastayı bakımsız, çok eski, demode giysilerle giydirmek onun kimlik duygusunu ve benlik saygısını zedeler. Demanslı hasta acı dolu ve şaşkın bir dönemden (ki bu dönemde dış dünya ile temasının giderek azaldığının farkındadır) daha sakin, ancak normal yüz-yüze temasın giderek kaybedildiği bir döneme geçer. Bize zihindekileri anlatamaz ama onunla biraz vakit geçiren herkes onun çoğunlukla anılarından oluşan bir içsel dünyada yaşadığını farkeder (Fraser, 1987). Hasta çevresindeki

genç, garip biçimde giyinmiş bazı insanların, anlaşılmaz sesler çıkartarak, eski bir filmdeki figürler gibi koşturduklarını, ona hareketler yaptıklarını, bağırdıklarını görür, niye böyle bir yaygara çıktığını merak eder. Atatürk cumhurbaşkanıdır ya da II. dünya savaşı yıllarıdır, annesi evde, kardeşleri bilemiyor ama bir yerlerdedir. Ancak bazı şeyler çok gariptir. Kadının biri gelip ona kızı olduğunu söylemektedir. Onun nasıl bir kızı olabilir? Aptal kadın, bir de ağlamaktadır.

Tedavi ekibinin üyelerine düşen hasta ile ilişki kurarken temel olarak yardımcı bir rol ya da ona hangi rol verilmişse almak ve bu rol içinde nasıl bir temas mümkünse onu kurmaya çalışmaktır. Demansın en ağır döneminde bile hastada sağlıklı ve korunmuş alanlar vardır ve hastanın kimliği, benlik değerinin kaynakları uzak geçmişte olsa bile, bu alanlarla ilişki kurulabilir. Bu nedenle geçmişi anma grupları yaşlı tarafından çok benimsenen yöntemler haline gelmiştir. Geçmişlerine ait çeşitli malzemeler (fotoğraflar, posta kartları, kitaplar, şarkılar) hasta ile ilişki kurulmasına yardım eder. Demanslı hastaların sıklıkla, geçmiş günlerin yaşantısı hakkında uzun ve ilginç öyküleri vardır (*Jenike, 1989*).

Geçmiş yaşantılar hakkında, ya da onlarla ilişkili düşünme alışkanlığı, demansın getirdiği sorunlarla başa çıkmaya katkıda bulunabilir. Hasta, geçmişi sayesinde, fizik ve zihinsel kapasitesinin kaybına rağmen kimlik duygusunu sürdürebilir. Eriksonien bir bakışla yaşlılık aynı zamanda kimlik savaşında son ama diğerleri kadar güç bir kriz dönemi olarak da görülebilir (*Alvin ve Goldfarb, 1976*).

Aile, genellikle hastanın geçmişte yaşadığını, ona

bunu anlatmanın ya da tartışmanın yararsız olduğunu bazen profesyonellerden daha iyi anlar. Günümüz yaşlıları, bazı öncesi dönemde sahip oldukları ayrıcalıklı konuma-kabilenin kültür ve bilgi birikimini genç nesillere aktaran bilge kişi konumuna -pek sahip olmasalar da sıklıkla ailenin kültür ve bilgi birikimini taşıyan, saklayan kişi olarak önemli rolleri vardır. Genç kuşaklara özel ve özgün bilgiler aktarabilirler. Bazı yazarlar ailenin en genci ve en yaşlısı arasında var olabilen benzersiz bağdan söz etmişlerdir. Büyükanne ve babalar, en genç üye ile genç nesilin akılcı, rekabet dolu dünyasının dışında ortak bir bağ kurabilirler (*Segal, 1975*).

Aile Alzheimer hastalığı (A.H) konusunda bilgilendirilmeli, hasta için yapılandırılmış, değişkenlik göstermeyen bir ortam hazırlaması ve bunu sürdürmesi için yardımcı olunmalıdır. Demanslı hasta için her değişiklik yıkıcı, stres doludur ve katastrofik bir tepkinin ortaya çıkmasına neden olabilir. Hastanın çok da önemli olmayan bu ufak stresör olaya yönelik ağır emosyonel tepkisi aileye anlaşılabilir gelebilir. Yataktan kalkma, yemek yeme, ilaç alma, egzersiz yapma gibi eylem ve etkinlikler programlı ve saatli yapılırsa hastanın çevresine yakınlığı artar. Tarihi, zamanı, o saatte yapılacak işleri gösteren panoların, eşyaların, tanıdıkların resimlerinin etrafta bulunması da yararlıdır (*Mace, 1981*).

Ailenin Alzheimer hastalığına yönelik tepkileri ile de başa çıkmak ve yardımcı olmak gerekebilir. Aileler sıklıkla AH'na suçluluk duyguları, gerçekçi olmayan beklentiler ya da aşırı sorumluluk alma şeklinde yanıt verirler. Bu sorunlar hem fizik gerçekliklere, hem de ailenin hastaya yönelik emosyonel yanıtına odaklanarak aile ile tartışılmalıdır. Sıklıkla ana-baba/çocuk rollerinin tersine dönmesiyle ortaya çıkan güçlükler sözkonusudur. Hekimler nasıl başa çıkacaklarını kestiremediklerinden bu tartışmalardan bazen kaçabilirlerse de, çoğu kez aile üyelerinin halihazırdaki durumu ve diğer bazı sorunları tartışmalarını sağlamak kendi içinde terapötik olabilir; bu sorunları çözmenin tek bir yolu yoktur (*Barnes, 1981*).

Aile için özellikle fiziksel şiddet, vurma, katastrofik reaksiyonlar, şüpheler, suçlayıcı davranışlar, gece uyanmaları, amaçsız dolaşmalar, inkontinans gibi bazı davranışlar sorun olabilir; tutum önermek gerekebilir. Katastrofik tepkiler, aile üyelerine ortaya çıkaran durumdan kaçınmaları ya da bu durumu ortadan kaldırmaları, sessiz ve soğukkanlı davranmaları, nazikçe hastanın dikkatini başka yöne çekmeleri konusunda rehberlik edilerek olabilecek en az düzeye indirilebilir. Nöroleptikler bu tekniklere yardımcı olarak kullanılmalıdır. Bu yöntemlerle vurma, şiddet içeren davranış ve ağır katastrofik reaksiyonların şid-

deti azaltılabilir ya da ortadan kaldırılabilir. Bakan aile üyesine ya da bakıcılara hastanın tüm eylemlerinin yeteneklerine uyarlanması ve yönergelerin basit, somut, her seferinde bir tane olması gerektiği anlatılmalıdır. Hatalar anında ve doğrudan düzeltilmemeli, kural başarılan kısmın övülmesi olmalıdır. Bakıcılar hastanın başarabildiği işlevleri üstlenmekten, dolayısıyla hastanın bağımlılığını teşvik etmekten ve benlik saygısının azalmasına neden olmaktan kaçınmalıdır. Hasta, kapasitesini aşan işlerde zorlanmamalıdır, aksi takdirde frusturasyon, kaygı, öfke, bazen de şiddet içeren davranışlar ortaya çıkabilir.

Hasta gece uyumaz ve amaçsız dolaşırsa, bakım veren kişiyi de çok gereksinim duyduğu dinlenmekten alıkoyar. Bu durumda hastanın dolaşmasını önlemek için bazı kapılar kilitlenebilir. Gündüz hasta fizik açıdan mümkün olduğunca aktif tutulup, şekerleme yapmasına izin verilmeyebilir. Gerekirse ilaç (sedatif-hipnotikler, kısa etkili benzodiazepinler, düşük doz nöroleptikler) kullanılabilir.

Hastanın eşyalarının yerinin niye değiştiğini açıklamaya çabalaması ya da olayları yanlış yorumlaması sonucunda şüphencilik ve suçlayıcı davranış ortaya çıkabilir. Aileye bu davranışın nedeni açıklanarak bireylerin hayal kırıklığı, incinme ve öfke duyguları azaltılabilir. Evin düzeninin korunması, nesnelere durduğu yeri bildiren işaretlerin kullanılması gibi çevre düzenlemeleri bu davranışla başetmek üzere devreye sokulabilir (*Alvin ve Goldfarb, 1976*).

Hastanın uygun olmayan davranışları karşısında sabırlı, esnek ve hoşgörülü bir tutum takınmak gerekir. Bu konuda güçlük çeken aile bireyine de kendi yasını, tanıma anlama ya da öngörmesi açısından yardım gerekebilir. Bakım veren kişinin çabalarının, tedavi ekibi, arkadaş ya da aile üyeleri tarafından takdir edilmesi, hasta için harcadığı inanılmaz enerji ve zamanın da görülmesi önemlidir. Bakıcı hastanın durumu kötüye gitse de olumlu tutumunu devam ettirmeli ve iyimser olmaya çalışmalıdır. Bakıcının sağlığını koruması da hasta ile başa çıkabilmesi açısından önemlidir. Bazen onun da psikoterapi ya da ilaç tedavisi ile izlenmesi gerekebilir (*Mace, 1981*).

İnkontinans AH'da geç dönemde ortaya çıkan bir bulgudur. Erken dönemde ortaya çıkarsa üriner sistem enfeksiyonu gibi nedenlerin araştırılması gerekir.

Demanslı hastalar, önemsiz hastalıklar bile eklense bilişsel ve davranışsal açıdan dekompanse olabilirler. Bu nedenle demansın yanısıra saptanan astım, diyabet, kalp yetmezliği gibi sorunların düzenli olarak takibi ve tedavisinin düzenlenmesi gerekir. Önemsiz bir üst solunum yolu enfeksiyonu ya da üriner sistem enfeksiyonu davranışı çok uyumsuz hale getire-

bilir. Tıbbi hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçların, kolayca delirium tablosu ortaya çıkarabileceklerinden, yakın takibi önemlidir.

Bazen bir barsak tıkanması ya da düşmeye bağlı kırığın tedavisi için beklenmeyen bir operasyon gerekebilir. Bu hastaların "stres rezervleri" olmadığından operasyon sonrasında hastanın bilişsel yetilerinde belirgin bir bozulma olabilir. Hasta bir süre işlevselliğini eskisinden daha düşük bir seviyede sürdürebilir, bu durum kalıcı da olabilir. Bu bakıcı ve aileyi hayal kırıklığına uğratar, operasyonu yapan hekimi suçlamalarına neden olabilir. Hekimin operasyon öncesinde aileye benzer durumlarda bilişsel yetilerin kötüye gidebileceğini, hasta için stressör etkenleri en aza indirmeleri gerektiğini anlatması gerekir. Yalnızca hastane gibi bir yabancı ortama girmesi bile hastanın konfüzyonunu artırabilir ve yönelim bozukluğuna neden olabilir. Örneğin bazı hastalar evde hiç gözlenmediği biçimde hastane odasının bir köşesini tuvalet olarak kullanabilirler.

Uyumsuz cinsel davranış pek sık gözlenmez, gözlendiğinde genellikle kendini uyarma şeklindedir.

Bazı hastalar güvenli olmadığı halde araba kullanmaya devam etmek isterler. Bu durumda anahtarları saklamak ya da yanlış anahtar vermek, yüzleştirmeye gerek kalmaksızın cesaretlerini kırabilir. Ateşli silahların evde tutulması sakıncalıdır. Sigara içmek yemek pişirmek gibi aktiviteler de demanslı hasta için güvenli değildir. Kibrit ve çakmakları ortadan kaldırmak, tüpü kapatmak, odaları ya da bazı eşyaları kilitlemek gibi çevre düzenlemeleri emniyet açısından önemlidir (Mace, 1981).

Alzheimer hastalığında tam bir tedavi mümkün olmadığı için yeti yitimini arttıran tıbbi ve psikolojik faktörlerin tanınması ve düzeltilmesi çok önemlidir. Demanslı hastanın görme ve işitme yetilerinin kaybına da özellikle dikkat edilmesi ve mümkünse düzeltilmesi gerekir.

Yapılan çalışmalar yeti yitimi olan yaşlı evde tutabilmek açısından en önemli katkıyı ve desteği ailenin verdiğini göstermiştir. Akraba ve dostların sık ziyareti, temelde bakım veren kişinin düzenli olarak, zaman zaman sorumluluklarının devralınması, aileye çok yardımcı olur. Hekimin destek alabilecekleri kaynaklar ve kurumlar konusunda aileye yol göstermesi gerekir (Barnes ve ark. 1981).

Hastalar popülasyonun bir parçası oldukları kuruma oranla, kendilerini bir birey olarak hissettikleri evlerinde daha az sorun yaşarlar. Kurum ne kadar iyi olursa olsun hasta için bireyselliğini ve benlik değerini hissetmek önemlidir (Levine, 1984).

İyi bir ev bakımı için pek çok unsurun bir araya

gelmesi gerekir. Bakıcı tutulacaksa hem fizik hem emosyonel bakımını sağlayacak ve kriz anında uygun tutum sergileyebilecek durumda olmalı, yönergeleri takip edebilmelidir. Hastanın bakımı için aile üyeleri, arkadaşlar, kurumlarca desteklenen güçlü bir destek sisteminin varlığı çok önemlidir. Hastalar için tıbbi bakım, fiziksel aktivite ve sosyalizasyon olanakları sağlayan gündüz bakımevlerinin hizmete sokulması bu destek sisteminin önemli parçalarından biridir (Bleeker, 1994).

Hostilite, saldırgan davranış, öfke patlamaları gibi ağır davranış sorunları olan hastalar gündüz bakımevlerinde bakılamayabilirler. Bu durumda hekimin hem farmakolojik hem çevresel düzenlemelerle hastayı mümkün olduğunca bakımevinde tutmaya çalışması gerekir. Evde bakım verilmek istenirse deneyimli bir bakıcı hem bakan kişi, hem aile için bir rahatlık sağlarsa da ekonomik nedenlerle pek çok aile için bir çözüm uygulanamaz (Bleeker, 1994).

Demansın son dönemlerinde hastayı bir bakımevine yatırmak gerekebilir. Bunu hekimin önermesi ve bakımevinde hastanın nasıl bir bakım göreceğini, yatırılırsa ailenin ilgilenmesinin önemini tartışması gerekir. Yapılan çalışmalar bakımevlerinde yakınları ziyaret etmeyen yaşlıların daha kısa sürede öldüğünü göstermiştir. Uzun bekleme listesi nedeniyle, bakımevi sorunu hekim tarafından daha erken dönemde gündeme getirilebilir. Aile yoğun suçluluk, utanç, başarısızlık hissi gibi nedenlerle bakımevine hastalarını yatırmaya karşı çıkabilir, bu konuda destek ve yardım gerekebilir. Süregiden problem davranış, beslenme, giyinme, tuvalet ihtiyacı gibi günlük aktivitelerinin hiç birini yapmama hastanın bakımevine yatırılmasını zorunlu kılabilir. Hastalar buna bir uyum döneminden sonra alışırlar ve ailenin sık ziyaretleri ile ilişkileri devam eder.

Hastaların davranış sorunları ile başetmede genellikle davranışçı teknikler kullanılır. Son yıllarda "realite oryantasyonu" özellikle ABD'de ve İngiltere'de sıklıkla uygulanmaktadır (Fraser, 1987).

Realite oryantasyonu demanslı hastanın yiten zihinsel kapasitelerinin uyarılabileceği, çalıştırılabileceği varsayımına dayanan bir yaklaşımdır. Yaşlı demanslı hasta ortamından ve ilişki kurduğu kişilerden uzaklaştığı için beyininin bazı bölümlerini kullanmaya başlar. Bu süreç 1. çevresine tekrar tekrar oryantasyonu sağlanarak ve sürekli uyarılarla karşılaştırarak, 2. hastayı izolasyonunu azaltmak amacıyla bir gruba yerleştirerek geri döndürülebilir. böylece kullanılmayan nöron yolları tekrar işlevsellik kazanabilir. Realite oryantasyonu iki biçimde uygulanır. 1. Hastalara yarım saat süreyle yoğun bilişsel eğitim yapılır, gün, tarih ve yerle ilgili bilgiler verilir ve tera-

pistle tekrarlatılır. 2. 24 saat boyunca realite oryantasyonu uygulanır. Bu tedavi ekibinin hasta ile her temasında uygulanır. Örneğin hemşire yemeğe çağırarak yerine "Ayşe hanım, saat 12, öğle yemeği zamanı" ya da "Mehmet bey saat gece 2, uyumakta zorluk mu çekiyorsunuz" gibi cümlelerle hastayı yere, zamana oryante edebilir.

Hastaları yüreklendirmek, aktive etmek önemlidir. Brook ve arkadaşları bir çalışmalarında takvim, saat, günlük objelerin renkli resimleri, kitap, gazete dolu bir odada aktif olarak odadaki malzemeleri kullanmaları için desteklenmiş, tarih tekrarları, günlük nesnelerin provalarını yapması cesaretlendirilmiş demanslı hastaların, aktif cesaretlendirilmeyen, odadaki nesnelere isterse kullanan kontrol grubuna oranla daha belirgin gelişme gösterdiklerini ortaya koymuştur. Çalışma grubu daha dikkatli ve aktif hale geçmişler ve inkontinans kaybolmuştur. Bilişsel yetileri gelişmeye de hastaların uyarıldığını ve daha canlı hale geldiklerini bildirmiştir.

Woods, demanslı hastaların bazı semptomlarının "öğrenilmiş çaresizlik"le ilişkili olduğunu ileri sürmüştür. Hastalar bir zamanlar basit olan bu işleri ardarda becerememeleri karşısında travmatize olur ve çaresiz, yanıt vermeyen bir pozisyon seçebilirler. Realite oryantasyonu bu durumu hastanın bir kez daha başarılı olmasını sağlayarak bozar (Pitt, 1987).

Birçok araştırmacı demanslı hastaya yaklaşımda normalizasyon kavramı üzerinde durmuşlardır. Bu kavram yaşlının eski yaşam tarzını sürdürmesini temsil eder. Mümkün olduğunca demanslı hastanın eski ilgileri, yaşam tarzı, giyim-eşya tercihleri beslenmeli ve sürdürülmelidir. Demanslı hasta için, resim, müzik, tedavileri de tanımlanmıştır.

Marr'ın biblioterapi olarak tanımladığı yaklaşımda hastalar kitap, şiir ve resimlerden aldıkları duyularını, beğenileri paylaşmaya teşvik edilirler. Bu terapilerin her biri temelde hastada olumlu ve sağlıklı alanları keşfetmek için kullanılabilir.

Miller ve ark., hasta rahatsız değilse, mutlu görünüyorsa onu dünyasından çıkarıp kayıpları ve yaşlılığı ile karşılaştırmanın, ona karışmanın gerekliliğini sorgulamış demanslı hasta ile her ilişkinin bir etkinliğini içerdiğini ve yapıcı da yıkıcı da olabileceğini vurgulamıştır. Gerçekten de isteksiz bir hastaya ya

da hasta için bir stres kaynağı oluşturacaksa bu uygulamaların yararı yoktur. Hekimin hedefi destek ya da cesaret vermek olmalıdır, zorlamak değil. Amaç nadiren seçenek sunulan hastaya şans vermek ve seçenek sunmaktır (Jenike 1989, Fraser 1987).

Tedavi ekibinin moralinin yüksek tutulması, hastane ya da kurumun hastanın aile üyeleri için sıcak bir ortam haline getirilmesi, hastanın yaşamına ait resim ve belgeleri içeren albümler oluşturma gibi aktiviteler hem tüm aile bireylerini içerir, hem ziyaret saatlerini eğlenceli hale getirir hem de ekibin hastayı pek çok yönden tanımasına yardım eder (Jenike, 1989).

Servisin az aydınlatılmış, boş duvarlar yerine, renkli perdeler ve resimler, duvarlara dayalı sandalyeler yerine masa, sehpa ya da TV çevresine dizili sandalyeler, boş raflar yerine magazin, kitap dolu raflar bulunan dolu serviste ya da kurumda hastaların da ilaç gereksinimi azalacaktır.

KAYNAKLAR

- Alvin I, Goldfarb E: Minor Maladjustments of the aged. American Hand book of Psychiatry'de. Arieti S (ed). Basic Books Press, NY. Vol III, 836-860.1976.
- Barnes RF, Raskin MA, Scott M. ve ark: Problems of families caring for Alzheimer patients: use of a support group. J Am Geriatr Soc. 29:80-85, 1981.
- Bleeker JAC: Dementia services: A continental European view; Dementia, Burns A ve Levy R (ed.) Chapman ve Hall. Londra, s: 581-590, 1994.
- Jenike M.A: Geriatric Psychiatry and Psychopharmacology. Year Book Medical Publishers Inc. Londra, s. 184-189. 1989.
- Kay D.W.K.: Impairment, disability and dementia-Int. J Geriatric Psychiatry 6, 827-31, 1991.
- Levine BN, Gendron EC., Postoor DP ve ark: Existential issues in the management of the demented elderly patient: American Journal of Psychotherapy, Vol XXXVIII No. 2, 1984.
- Meris Fraser: Dementia; its nature and management. Meris Fraser John Wiley and sons, 166-174.1987.
- Pitt, B. Psychogeriatrics: An Introduction to the Psychiatry of Old Age. Churchill Livingstone, New York, 1982.
- Mace N.L ve Rabins P.V. The 36-Hour Day: A family guide to Caring for persons with Alzheimer's disease, related dementing illnesses and memory loss in later life. The Johns Hopkins University Press, Baltimora Md, 1981.
- Segal M. Community Care of the Elderly, Br. Med. J, 79-82, 1975.