

Wybrane zagadnienia etyczne w leczeniu zaburzeń psychicznych wieku podeszłego

Selected ethical problems in the treatment of mental disorders in the elderly

ANNA RABAN¹, KATARZYNA SKULIMOWSKA²

Z I Kliniki Psychiatrycznej AM w Warszawie¹ i z II Kliniki Psychiatrycznej IPiN w Warszawie²

STRESZCZENIE. Autorzy zwracają uwagę na pewne wątpliwości etyczne towarzyszące postępowaniu diagnostyczno-terapeutycznemu wobec osób w podeszłym wieku. Wskazano na potrzebę zmiany wielu dotychczas funkcjonujących postaw i stereotypów kulturowych związanych ze specyfiką tego okresu życia.

SUMMARY. The authors draw attention to several ethical doubts related to the diagnostic-therapeutic process involving mental disturbances in the elderly. Modifications of previous cultural sets and stereotypes with respect to the specific nature of this stage of life are taken into account.

Słowa kluczowe: wiek podeszły / etyka / "ageizm" / paternalizm / empatia

Key words: old-age/ ethics/ "ageism"/ paternalism/ empathy

Oczywistym jest, że każdy lekarz w procesie diagnostyczno-terapeutycznym postępuje według swojej najlepszej wiedzy i zgodnie ze swoim sumieniem. W formowaniu postaw lekarzy ważne są zasady deontologiczno-etyczne dotyczące relacji lekarz-pacjent, lekarz a inni lekarze, lekarz wobec samego siebie, lekarz wobec społeczeństwa.

Przemiany społeczne w ostatnich czasach, spowodowane głównie *konsumpcyjno-pragmatycznym stylem życia* społeczeństwa produkcyjnego, wpłynęły na wzrost pozycji społecznej ludzi młodych, zdrowych, asertywnych. U podstaw takich zmian leży hołdowanie tzw. wartościom mocnym, związanym z takimi warunkami naszej egzystencji, jak środki do życia i dobrego samopoczucia, zapewniające sukces, wygodę, przyjemność. Natomiast częścią *etycznego stylu życia* człowieka są wartości wysokie, a głównie - współczucie, humanitaryzm, altruizm. Nawet w tak eksponowanym społecznie zawodzie, jakim jest zawód lekarski, niełatwo jest zachować wierność tym wartościom (9). Stąd ko-

nieczność stałego uwrażliwiania lekarzy na etyczno-deontologiczne aspekty ich pracy. Hipokratesowe posłannictwo lekarza - służenie - zmieniło się już jednak w zawód i, jak zauważyli socjologowie, lekarze stali się monopolistami decydującymi o prawach swojego monopolu.

Wobec tej przemiany istnieje niebezpieczeństwo zachwiania postawy etycznej lekarzy, a wydaje się, że nadużycia etyczne najłatwiej jest popełniać wobec pacjentów w wieku podeszłym. W pewnym stopniu wynikają one ze społecznych postaw nacechowanych uprzedzeniami do ludzi starych, u których podstawy funkcjonują mity lub negatywne stereotypy społeczne dotyczące starości. Jest to zjawisko "*ageizmu*" (ang. *ageism*) (1), nazywane też rasizmem pokoleniowym. Zjawiskiem godzącym w autonomię człowieka starego jest też *paternalizm* otoczenia, polegający na tym, że o potrzebach ludzi starych i sposobach ich zaspokajania decydują ludzie młodszy, którym wydaje się, że lepiej wiedzą co jest dla starego człowieka lepsze, a co gorsze.

Często spotykaną jest też np. pozorna tolerancja, która w praktyce równa się pobłażliwości i w której zawarte są swoiste lekceważenie lub brak zainteresowania. Przykładem takiej postawy mogą być powszechnie używane zwroty typu "babciu", "dziadku", naruszające godność osób w wieku podeszłym, a przecież ogólnie uznawaną i jedną z podstawowych norm etycznych jest poszanowanie godności ludzkiej (8). Powszechnie obserwuje się zjawisko traktowania ludzi starych jako przysparzających kłopotów przedmiotów, przesuwanych "z kąta w kąt" bez zgody i uprzedzenia. Rozpowszechnienie zjawiska "ageizmu" i paternalizmu w społeczeństwie prowadzi do nieformalnego ubezwłasnowolnienia człowieka starego (8). Dostrzeżenie tych zjawisk i postaw oraz praca nad ich zmianą są ważne szczególnie dla lekarzy i rodzin pacjentów.

Powinniśmy zdawać sobie sprawę, że osobom w wieku podeszłym przysługuje nie łaskawość otoczenia, lecz prawo do stałej, koniecznej pomocy i opieki oraz do niezachwianego poczucia bezpieczeństwa. Ze względu na uzależnienie od innych osób, często ograniczana jest swoboda ludzi starych w zakresie podejmowania decyzji dotyczących np. diety, godzin odpoczynku, sposobu spędzania czasu, czy dokonywania innych wyborów (7). Z drugiej strony wiadomo, że osoby w starszym wieku swoje potrzeby wyrażają czasami słabo. Łatwo więc o podejście paternalistyczne. Wynika stąd konieczność wyczulenia na trudności psychologiczne osób w podeszłym wieku, na motywację ich zachowań i przewidywane potrzeby. Ważną częścią nauczania młodych lekarzy powinno być zwrócenie uwagi na znaczenie empatii w kształtowaniu ich postaw w kontakcie z pacjentem - w jej części poznawczej, emocjonalnej i zdolności przewidywania reakcji. Studenci medycyny powinni poznać somatyczne i psychologiczne przejawy starzenia się, sytuację społeczną ludzi w podeszłym wieku oraz ich wpływ na stan psychiczny tych osób.

Ludzie, którymi zajmuje się psychogeriatrya - to osoby powyżej 65 roku życia, a więc

osoby o zróżnicowanych potrzebach zdrowotnych, biologicznych, psychospołecznych. Należy pamiętać o *podejściu holistycznym*, tzn. o traktowaniu pacjentów jako bio-psycho-społecznej jedności (6). Podejście holistyczne może stanowić podstawę aktywizacji człowieka starego. Dostrzeganie tego problemu powinno prowadzić do zmian prawnych gwarantujących autonomię, prawo do pracy w celu utrzymania dalszej aktywności życiowej. Wydaje się, że wykluczenie ludzi z aktywnego życia może w znacznym stopniu przyczynić się do ich deterioracji fizycznej i psychicznej.

Według koncepcji Eriksona (5) dotyczącej rozwoju psychospołecznego człowieka, specyficzny *ryzyk rozwoju* pod koniec wieku średniego polega na interioryzacji osobowości, na przesunięciu dominujących zainteresowań osoby ze świata zewnętrznego ku wewnętrznemu. Bywa on rozwiązywany w dwojaki sposób - albo w kierunku integralności, tj. akceptacji życia z wszystkimi jego doświadczeniami i wyzwaniem, albo w kierunku rozpaczki, tj. poczucia klęski z nieświadomym lękiem przed śmiercią. Sposób rozwiązania tego kryzysu określa sposób przeżywania wieku podeszłego, z charakterystycznymi dlań: osłabieniem mechanizmów adaptacyjnych, obniżeniem sprawności intelektualnej, zaburzeniami emocjonalnymi, kryzysami psychosomatycznymi. Nie zawsze istnieje korelacja pomiędzy skargami pacjenta w podeszłym wieku a jego faktycznym stanem zdrowia. Udowodniono, na przykład, rozbieżność pomiędzy skargami na zaburzenia pamięci a wynikami testów (AAMI, MMES) (4).

Na 9478 osób konsultowanych z powodu skarg na zaburzenia pamięci w *L'Institut National de Recherche sur Prevention du Vieillesment Cerebral* - 75% miało prawidłowe wyniki testów, 13% -wyniki obniżone, związane prawdopodobnie z zaburzeniami afektywnymi, a jedynie u 12% stwierdzono organiczne zaburzenia pamięci. Wiadomo, że istnieją bardzo silne korelacje między intensywnością skarg na zaburzenia pamięci a symptomatologią depresyjną lub lękiem. Autorzy

tych badań zwracają uwagę na znaczący wpływ stresu, który może powodować zmiany afektywne oraz na związek czynników psychosocjalnych z samopoczuciem chorego. Skargi często wiązały się z poczuciem izolacji chorego i to nie tylko związanej z samotnym życiem. Istotną rolę mogą odgrywać tu też takie czynniki, jak: zmiana roli, motywacji, poczucie zniekształcenia ciała, obawa przed śmiercią, wpływ stereotypii kulturowych dotyczących starości. Należy więc brać pod uwagę wieloprzyczynowe pochodzenie pogorszenia pamięci u osób w starszym wieku. Te wszystkie elementy mogą - z kolei - działać na ocenę samego siebie, także na odczucia mające związek z utratą kontroli nad pamięcią. W rezultacie negatywna ocena możliwości pamięciowych może pogarszać deficyty związane z zaburzeniami neurobiologicznymi. Reakcja lekarzy na skargi związane z zaburzeniami pamięci nie może więc być jednostronna lub stereotypowa i polegać, na przykład, tylko na podaniu leków poprawiających metabolizm i ukrwienie tkanki mózgowej.

W przypadku pacjenta psychogeriatrycznego bardzo istotną rolę odgrywa *diagnoza społeczna* (7). Pozwala ona bowiem na odpowiednie pokierowanie dalszym losem pacjenta. Najlepszą okazją do takiej diagnozy jest wizyta domowa. Najkorzystniejsze dla pacjenta psychogeriatrycznego jest możliwość jego leczenia w warunkach domowych, pod warunkiem, że zgadza się on na współpracę w leczeniu (8). W przypadku braku takiej zgody ze strony pacjenta, leczenie w domu wydaje się być wątpliwe etycznie, ponieważ łączy się z intruzywnym wejściem służb medycznych do prywatnego obszaru pacjenta.

Czasami zachodzi potrzeba umieszczenia pacjenta w subrejonowym szpitalu psychiatrycznym. Z powodu braku oddziałów psychogeriatrycznych pacjent w podeszłym wieku narażony jest na agresywne zachowania ze strony pacjentów pobudzonych. Ta sytuacja wydaje się szczególnie wątpliwa etycznie w stosunku do pacjentów otepiałych. Praktyka

kliniczna wskazuje na *zagrożenie wynikające z hospitalizacji*, w postaci pogorszenia stanu zdrowia fizycznego będącego konsekwencją trudności w przystosowaniu się do reżimu szpitalnego. Bywa, że komplikacje zdrowotne związane z pobytem w tych warunkach prowadzą do zgonu. Problemem etycznym jest zwłaszcza - w obliczu wyżej wymienionych zagrożeń (8) - hospitalizacja przymusowa i brak świadomej zgody na leczenie szpitalne, szczególnie w przypadku pacjentów otepiałych.

Warto tu zwrócić też uwagę na sprawę kwalifikowania pacjentów w wieku podeszłym do badań o charakterze *eksperymentów klinicznych*, jeśli pacjenci ci nie są w stanie wyrazić świadomej zgody. Czy można to za nich zrobić rodzina? Czy ubezwłasnowolnienie pacjenta w wieku podeszłym rozwiązuje wyżej wymienione problemy?

Problemem społecznym dużej wagi dotychczas niedostatecznie rozwiązany są samotne osoby w wieku podeszłym, które z braku systemu oparcia społecznego trafiają w celach opiekuńczych do różnych oddziałów szpitalnych. Nierzadko wywołuje to agresję personelu medycznego, w wyniku czego "przerzucani" są z oddziału do oddziału. Sytuacja ta jest wynikiem braku odpowiednich służb psychogeriatrycznych, "pośrednich" między lecznictwem ambulatoryjnym i stacjonarnym.

Żadna placówka medyczna nie zastąpi *opieki ze strony rodziny*. Poza tym rząd w żadnym kraju nie jest w stanie finansować opieki nad wszystkimi przewlekle chorymi. Opieka nad członkiem rodziny w podeszłym wieku, szczególnie otepiałym, jest zadaniem trudnym i bardzo stresującym. Nie wszystkie rodziny są w stanie poradzić sobie z tą sytuacją. Często choroba pozostawia członków rodziny w stanie znacznego napięcia emocjonalnego, niepokoju, smutku i nawet głębokiej depresji. Dochodzi do wycofania się rodziny z kontaktów społecznych i postępującej izolacji. Często zbyt pochopnie uważamy, że rodzina przejawiają odrzucającą postawę w

stosunku do osób chorych z ich grona i dążą one, ażeby jak najszybciej przekazać pacjenta do szpitala. Bardzo rzadko zastanawiamy się nad tym, że rodzina, być może, wyczerpała wszystkie sposoby radzenia sobie z kryzysową dla niej sytuacją, zanim podjęta została decyzja o hospitalizacji. Stąd, by pomóc rodzinom, musimy więcej o nich wiedzieć. Głównym celem jest utrzymanie pacjenta w domu tak długo, jak długo jest to możliwe. *Pomoc dla opiekunów* należy zorganizować możliwie wcześniej, gdy tylko zostanie postawione rozpoznanie. Pomoc ta powinna być zarówno materialna, jak i moralna. Pomoc ta polega między innymi na wyjaśnieniu istoty zaburzenia - np. otępienia - jego przebiegu i rokowania. Rodzina będzie mogła pewne sytuacje przewidzieć, zrozumieć istotę ruiny osobowości, czy np. wybuchów agresji u osoby z otępieniem. Aby pomóc rodzinie przezwyciężyć owe uczucia, należy jednak najpierw nauczyć się dostrzegać i rozpoznać lęk, poczucie winy, irytację czy nadopiekuńczość.

Badania rodzin przeprowadzone przez Instytut Gerontologii Uniwersytetu w Michigan wykazały, że członkowie rodzin chorych na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne opisywali się jako emocjonalnie przytłoczeni diagnozą i porzuceni przez lekarzy (2). 20% nie mogło sobie przypomnieć, by uzyskało jakiegokolwiek wyjaśnienia na ten temat. W kilku przypadkach pamiętano jedynie, że otrzymano porady, by więcej nie przeprowadzać chorego, gdyż nie można mu pomóc. Sposób przedstawienia diagnozy rodzinom także powodował dodatkowy stres. Niektórym rodzinom podano krótkie wyjaśnienia na temat choroby w poczekalni lub windzie. W kilku wypadkach diagnoza i prognoza zostały podane w obecności chorego tak, jak gdyby go tam nie było. Tylko w trzech wypadkach lekarze zaaranżowali konferencję rodzinną, by całościowo przedyskutować ten temat lub zaoferować swą gotowość do udzielania w przyszłości porad i odpowiedzi na pytania. 54% rodzin uznało wyjaśnienia lekarzy za prawie całkowicie koncentrujące się na bez-

nadziejnej naturze otępienia. Były niezdolne do przeniesienia słów lekarza "jego stan będzie się pogarszał" na konkretne zmiany zachowania czy zmiany osobowości, nawet wtedy, gdy istotnie miały one miejsce. Chociaż część rodzin otrzymała odpowiednie wyjaśnienia, tylko 16% zacytowało szczególnie sugestie dotyczące sposobów rozwiązywania problemów problemów związanych z zachowaniem lub ze zmieniającą się osobowością chorego. Wiadomo natomiast, że jasność informacji dotyczącej przebiegu choroby otępiennej przekazywana przez fachowych pracowników służby zdrowia, pozwala rodzinie przewidzieć pewne sytuacje związane z przebiegiem choroby i zapanować nad nimi i planować dalsze postępowanie. Pozostawienie rodziny z pacjentem otępiiałym samej sobie budzi więc zasadnicze zastrzeżenia etczne.

Warto w tym miejscu przypomnieć Deklarację Hawajską (3), zatwierdzoną przez Zgromadzenie Ogólne Światowej Federacji Psychiatrycznej w Wiedniu 10.07.1983 r., która zawiera wskazania etyczne dla psychiatrów ujęte w 10 punktach. Między innymi punkt drugi mówi, że "leczenie powinno być troskliwe, z poszanowaniem dla godności ludzkiej". Natomiast w punkcie 7 znajdujemy takie wymaganie: "Psychiatrzy nie wolno wykorzystywać możliwości, jakie mu stwarza uprawiany zawód, do naruszania godności bądź praw ludzkich którejkolwiek jednostki lub grupy".

PIŚMIENNICTWO

1. Butler R.N.: Geriatric Psychiatry. W: Kaplan H.J., Sadock B.I.: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Wyd. IV. Williams and Wilkins. Baltimore 1985, 1953.
2. Chenoweth B., R.N., MSN and Beth Spencer, MSW, Ma. Dementia: The Experience of Family Caregivers. The Gerontological Society of America 1986, 26, 3.
3. Declaration of Hawaii: World Psychiatric Association. Newsletter 1986, 30.
4. Derouesne C.: Memoire, vieillissement et maladie d'Alzheimer. La Revue du Praticien, Troubles de la memoire 1991, 10.

5. Erikson E.H.: Identity and the life Cycle: Psychological Issue. Intern. Universite Press, New York 1959, 120.
6. Kowalczyk M.H., Raban A.: Holistyczne aspekty aktywizacji środowiska ludzi starych. Zeszyty Problemowe Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego 1994, 2, 5.
7. Pitt Brice: Psychogeriatrya. Wprowadzenie do psychiatrii wieku podeszłego. PZWL, Warszawa 1986.
8. Wardaszko-Łyskowska H., Raban A.: Problemy psychogeriatryi - przyczynek do systemu opieki geriatrycznej, 1992 (maszynopis).
9. Wardaszko-Łyskowska H., Raban A.: Systemy wartości i ich uwarunkowania w zmieniającym się świecie. Biuletyn Młokotowskiego Uniwersytetu III Wieku 1994, 9, 12.

*Adres: Dr Anna Raban, I Klinika Psychiatryczna AM,
ul. Nowowiejska 27, 00-665 Warszawa*