



Prowadzenie pojazdów przez osoby z chorobą Alzheimera

Driving by subjects with diagnosed Alzheimer's disease

WIOLETTA GIEMZA-URBANOWICZ

Z Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Ciburzu

STRESZCZENIE. W Polsce prawo jazdy wydawane jest dożywotnio. Nie ma uregulowań prawnych odnośnie ograniczeń w związku z pojawieniem się u kierowcy choroby zarówno fizycznej, jak i psychicznej, a także w podeszłym wieku. Dotyczy to także pacjentów z chorobą Alzheimera (ch.A.). Dotychczasowe wyniki badań, jakie zostały przeprowadzone w wielu krajach pod kątem oceny ryzyka wypadków samochodowych u pacjentów z ch.A., są odmienne. Zatem kwestia prowadzenia pojazdu mechanicznego u osoby z rozpoznaniem ch.A. staje się problemem przede wszystkim najbliższej rodziny oraz lekarza prowadzącego.

SUMMARY. In Poland driving licences are issued for life. There are no regulations or restrictions in connection with physical or mental disease, also as far as the ageing of drivers is concerned. The results of the studies received up to now, which were carried out in many countries, regarding the estimation of the risk of motor crashes by ageing drivers or patients with Alzheimer's disease (AD), are ambiguous. Therefore the question of driving by a person with AD is first of all the problem of the nearest family and the physician.

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera / prowadzenie pojazdów

Key words: Alzheimer's disease / driving licence

W Polsce ponad 12,3% populacji, czyli blisko 4,7 mln ludności stanowią osoby powyżej 65 roku życia [2]. Przyjąć można, w oparciu o badania epidemiologiczne przeprowadzone w minionym dziesięcioleciu [4, 5, 8, 14], że u 5-10% z nich występują objawy otępienia różnej etiologii. W połowie przypadków jest to otępienie związane z chorobą Alzheimera (ch.A.). W liczbach bezwzględnych stanowi to 235-470 tys. osób z otępieniem o różnym stopniu zaawansowania w ogóle, w tym 117,5-235 tys. z otępieniem typu alzheimerowskiego. Nie sposób ocenić ile z tych osób posiada prawo jazdy i prowadzi samochody. Sądzić można, że obecnie stosunkowo niewiele. W nadchodzących latach może stać się to jednak istotnym problemem. Złoży się na to kilka przy-

czyn. Przede wszystkim od kilkunastu lat samochód w naszym kraju jest dobrem znacznie łatwiej dostępnym niż jeszcze w latach osiemdziesiątych. Poza tym w miarę upływu czasu i starzenia się społeczeństwa rósł będzie odsetek kierowców w wieku podeszłym, siłą rzeczy najbardziej zagrożonych rozwojem otępienia, związanego przede wszystkim z ch.A. Osłabienie funkcji poznawczych przez nią wywołane, już we wczesnym jej okresie, może zwiększać ryzyko spowodowania wypadku w ruchu drogowym. Z oczywistych powodów istotne są wcześniej pojawiające się zaburzenia orientacji wzrokowo-przestrzennej. Osłabienie pamięci krótkoterminowej ogranicza lub uniemożliwia opanowanie zmian w przepisach ruchu drogowego, zmian w oznakowaniu

dobrze dotąd znanej trasy. Zrozumiałe jest też, że na zdolność kierowania pojazdem ujemnie wpływają zaburzenia uwagi. Fakt, iż wolniej ulega osłabieniu pamięć długoterminowa, zwłaszcza jej proceduralny składnik [11, 13], sprzyja natomiast poprawnemu wykonywaniu od lat wyuczonych czynności, takich jak kierowanie samochodem na dobrze znanej trasie.

W sumie istotne staje się, również w naszym kraju, czy osobom z rozpoznaniem ch.A. można zezwolić na prowadzenie pojazdów mechanicznych. A jeżeli tak, to jak długo, do jakiego etapu choroby? Badania przeprowadzone w latach 1996 i 1999 [17] wykazały, że polskie społeczeństwo przeciwnie jest pełnieniu przez osoby chore psychicznie ról, z którymi wiąże się odpowiedzialność za los innych ludzi. Za takie uważa się opiekę nad dziećmi, funkcje takie jak urząd wójta lub burmistrza oraz związane bezpośrednio ze zdrowiem, a więc zawód lekarza. Nie ma natomiast istotnych zastrzeżeń do ról, funkcji, które nie wiążą się ze szczególną odpowiedzialnością za innych, nie mają większego wpływu na życie ankietowanych. Nie budzi istotnych obaw choroba psychiczna sąsiada, kolegi z pracy, ewentualnego gościa. Powstaje pytanie jak w ramach tych obaw i granic tolerancji mieści się rola kierowcy, zwłaszcza w szczególnie interesujących nas przypadkach ch.A. Ze zrozumiałych powodów inny będzie zakres tej tolerancji w szeroko pojętym społeczeństwie, inny u opiekunów osób dotkniętych tą chorobą i bezpośrednio za nich odpowiedzialnych, inny jeszcze u specjalistów zawodowo zajmujących się tymi chorymi. Psychiatrizy poza udziałem w rozpoznawaniu i leczeniu ch.A. mogą występować jako biegli w sprawach karnych i cywilnych dotyczących takich chorych. Poglądy lekarzy, a psychiatrów szczególnie, mają i będą miały rosnący wpływ na ustalanie zdolności osób z rozpoznaniem ch.A. do wykonywania różnych czynności codziennego życia, w tym do prowadzenia pojazdów mechanicznych. Interesujące jest

więc jakie poglądy na ten temat panują w tej grupie specjalistów w porównaniu z lekarzami innych specjalności. Być może w pewnym stopniu na pytanie to odpowiadają wyniki ankiety, jaką przeprowadziłam wśród lekarzy różnych specjalności.

CEL PRACY

Celem pracy było zapoznanie się z poglądami lekarzy psychiatrów i lekarzy innych specjalności na różne kwestie związane z sytuacją, w której osoba z ch.A. mogłaby być kierowcą – od wydania stosownego zaświadczenia, po różne sytuacje związane z pełnieniem przez nią roli kierowcy.

BADANE OSOBY I METODA

Pięćdziesięciu lekarzom, z których połowę stanowili psychiatry (pozostali lekarze, to: 16 lekarzy rodzinnych, 5 neurologów, 4 lekarzy w trakcie specjalizacji – 2 z ginekologii i położnictwa, 1 z medycyny rodzinnej i 1 z chirurgii), przedstawiono ankietę złożoną z pięciu następujących pytań:

1. Czy wydałbyś zaświadczenie pozwalające na prowadzenie samochodu osobie z rozpoznaniem łagodnego otępienia w ch.A.?
2. Czy zdecydowałbyś się na jazdę samochodem prowadzonym przez taką osobę?
3. Spośród trzech kierowców wybrałbyś:
 - (a) fizycznie zdrowego z łagodnym otępieniem w ch.A.,
 - (b) nadużywającego alkoholu i karanego kilkakrotnie za jazdę pod wpływem alkoholu i nadmierną prędkość,
 - (c) chorego na padaczkę ze średnio jednym napadem drgawkowym w tygodniu?
4. Którego z tych kierowców wybrałbyś jako stale prowadzącego samochód wożący cię do pracy i z powrotem?
5. Którego z nich wybrałbyś wiedząc dodatkowo, że kierowca (a) nie był karany w ostatnich pięciu latach za wykroczenia drogowe?

Zdefiniowanie „łagodnego otępienia” bywa trudne. Według Kaya i Bergmanna [8] jest to raczej koncepcja eksperymentalna, a nie określony zespół. Posłużyłam się więc kryteriami łagodnego otępienia w ch.A. przyjętymi w skalach GDS, FAST Reisberga i wsp. [10].

Dla oceny zależności statystycznych posłużyłam się testem χ^2 , przyjmując poziom istotności $\alpha = 0,05$.

WYNIKI

Jak wspomniałam, w 50-osobowej grupie lekarzy, którym przedstawiono powyższe pytania, było 25 psychiatrów. Tabl. 1 przedstawia odpowiedzi udzielane przez ankietowanych lekarzy na pytanie pierwsze.

Tablica 1. Odpowiedzi na pytanie: *Czy wydałbyś zaświadczenie pozwalające na prowadzenie samochodu osobie z rozpoznaniem łagodnego otępienia w ch.A.?*

Specjalność	Odpowiedź	
	tak	nie
Psychiatrzy	7	18
Inni lekarze	1	24
Razem	8	42

$\chi^2=5,357$ $p<0,05$ $\phi=0,32$

Na pytanie to pozytywnej odpowiedzi udzieliło 28% ankietowanych psychiatrów i 4% innych lekarzy. Była to różnica istotna statystycznie ($\chi^2=5,357$; $p<0,05$). Pogląd psychiatrów na możliwość prowadzenia samochodu przez osoby z ch.A. był bardziej libe-

ralny. Jednak związek między specjalizacją a zgodą na prowadzenie samochodu przez takich chorych jest tylko słabo dodatni (miara siły związku ϕ Yule'a =0,32).

Tabl. 2 przedstawia odpowiedzi udzielone przez ankietowanych lekarzy na pytanie drugie.

Tablica 2. Odpowiedzi na pytanie: *Czy zdecydowałbyś się na jazdę samochodem prowadzonym przez taką osobę?*

Specjalność	Odpowiedź	
	tak	nie
Psychiatrzy	3	22
Inni lekarze	0	25
Razem	3	47

$\chi^2=3,191$ n.s. (nieistotne)

Z tablicy wynika, że niespełna 14% psychiatrów zdecydowałoby się na jazdę samochodem prowadzonym przez kierowcę z łagodnym otępieniem w ch.A. Nie zdecydowałoby się na to żaden lekarz innych specjalności. Różnica ta nie była jednak istotna statystycznie.

Tabl. 3 przedstawia odpowiedzi udzielone przez ankietowanych lekarzy na pytanie trzecie, dotyczące wyboru kierowcy w zależności od rozpoznawanej u niego choroby. Jak wynika z tej tablicy, 52% psychiatrów wybrałoby kierowcę z ch.A., wobec 40% innych lekarzy. Ci częściej wybraliby kierowcę z rozpoznaniem padaczki – 48%, wobec 36% psychiatrów. Różnice te nie były istotne statystycznie.

Tablica 3. Preferencje ankietowanych na pytanie, którego spośród trzech kierowców wybrałbyś

Specjalność	Odpowiedź		
	fizycznie zdrowego z łagodnym otępieniem w ch.A.	nadużywającego alkoholu i karanego kilkakrotnie za jazdę pod wpływem alkoholu i nadmierną prędkość,	chorego na padaczkę ze średnio jednym napadem drgawkowym w tygodniu?
Psychiatrzy	13	3	9
Inni lekarze	10	3	12
Razem	23	6	21

$\chi^2= 0,780$ n. s.

W tabl. 4 przedstawiono odpowiedzi udzielone przez ankietowanych lekarzy na pytanie czwarte, dotyczące korzystania z osoby wymienionej w pytaniu trzecim jako stałego kierowcy, prowadzącego samochód tą samą trasą. Jak poprzednio, psychiatrzy częściej wybieraliby kierowcę z rozpozna-

niem ch.A. – 80%, wobec 48% lekarzy innych specjalności. Ci częściej wybieraliby kierowcę chorego na padaczkę (odpowiednio – 48% i 16%). Różnice dotyczące wyboru kierowcy z ch.A. nie były jednak istotne statystycznie.

Tablica 4. Preferencje ankietowanych na pytanie, *którego z tych kierowców wybrałbyś jako stałe prowadzącego samochód wożący cię do pracy i z powrotem?*

Specjalność	Odpowiedź		
	fizycznie zdrowego z łagodnym ośpieniem w ch.A.	nadużywającego alkoholu i karanego kilkakrotnie za jazdę pod wpływem alkoholu i nadmierną prędkość,	chorego na padaczkę ze średnio jednym napadem drgawkowym w tygodniu?
Psychiatrzy	20	1	4
Inni lekarze	12	3	10
Razem	32	4	14

$\chi^2 = 5,570$ n. s.

Tabl. 5 przedstawia odpowiedzi udzielone przez ankietowanych lekarzy na pytanie piąte, w którym wybór kierowcy z pytania czwartego dodatkowo powiązany informacją, że kierowca z ch.A. nie był w ciągu

ostatnich 5 lat karany za wykroczenia drogowe. Jak poprzednio, psychiatrzy częściej wybraliby kierowcę z ch.A. – 92%, niż inni lekarze – 76%. Różnica ta nie była istotna statystycznie.

Tablica 5. Preferencje ankietowanych na pytanie, *którego z nich wybrałbyś wiedząc dodatkowo, że kierowca (a) nie był karany w ostatnich pięciu latach za wykroczenia drogowe?*

Specjalność	Odpowiedź		
	fizycznie zdrowego z łagodnym ośpieniem w ch.A.	nadużywającego alkoholu i karanego kilkakrotnie za jazdę pod wpływem alkoholu i nadmierną prędkość,	chorego na padaczkę ze średnio jednym napadem drgawkowym w tygodniu?
Psychiatrzy	23	0	2
Inni lekarze	19	2	4
Razem	42	2	6

$\chi^2 = 3,380$ n.s.

OMÓWIENIE

Ilość pytań zawartych w ankiecie, jak i liczba lekarzy, psychiatrów i innych specjalistów, którym je zadano, były niewielkie. Nie można więc pozwolić sobie na szersze

uogólnienia. Powiedzieć można, że w badanej grupie psychiatrzy nieco bardziej liberalnie podchodzili do możliwości prowadzenia samochodu przez osoby z łagodnym ośpieniem, niż lekarze innych specjalności. Tylko w jednym przypadku (pytanie 1), różnica ta

była istotna statystycznie. Psychiatrizy istotnie częściej wydaliby zaświadczenie stwierdzające, że osoba z łagodnym otępieniem w ch.A. może prowadzić samochód. Poza tym, ta statystycznie istotna różnica dotyczyła sytuacji związanej z czynnością administracyjną – wydania zaświadczenia. Pozostałe pytania dotyczyły sytuacji korzystania ze świadczeń osoby z objawami otępienia jako kierowcy. Tutaj poglądy psychiatrów nie różniły się istotnie od stanowiska innych lekarzy. Można więc przyjąć, że w praktyce lekarze niezależnie od specjalności, bardziej skłonni są do dyskwalifikowania osoby z ch.A. jako kierowcy, niż zaakceptowania go w tej roli, już we wczesnym etapie choroby. Trudno jednoznacznie odpowiedzieć na pytanie, czy postawa taka jest słuszna. Zwłaszcza, że podobne wątpliwości można mieć w stosunku do kierowców z innymi chorobami, zarówno psychicznymi, jak i somatycznymi. W Polsce prawo jazdy zwykle wydawane jest bezterminowo. Nie ma uregulowań prawnych dotyczących sytuacji, w których u posiadacza takiego prawa pojawi się choroba mająca wpływ na jego zdolność do prowadzenia pojazdu. Pozostaje to sprawą etyki i sumienia lekarza, oraz samego chorego i jego rodziny. Do problemu tego, związanego z chorobami psychicznymi w ogóle, odniosła się Kłoszewska i wsp. [9]. Sądzi ona, że rozsądne byłoby oparcie się na prawie brytyjskim. Przyjęto tam, że obowiązek poinformowania odpowiednich władz o ograniczeniu zdolności do prowadzenia pojazdów mechanicznych spowodowanych chorobą, spoczywa na samym chorym. Lekarz ma obowiązek poinformowania go o wpływie, jaki wywiera choroba na jego zdolności do prowadzenia pojazdów. Sam lekarz informuje władze, jeżeli upośledzenie funkcji psychomotorycznych jest znaczne, a chory fakt ten przed odpowiednimi władzami zataił. Prawo jazdy zostaje w takich przypadkach zawieszane na określony czas. Przed jego przywróceniem chory badany jest przez wyznaczonego z urzędu specjalistę. Wczesny

okres zespołu otępiennego, jeżeli zachowana jest pełna orientacja w kierunkach i krytycyzm do objawów choroby, nie ogranicza uprawnień do prowadzenia pojazdów. Wymagane jest jednak coroczne badanie lekarskie.

Podejście takie wydaje się rozsądne. Wymaga jednak możliwości rozpoznania choroby prowadzącej do otępienia, na przykład choroby Alzheimera, na bardzo wczesnym etapie.

Dyskusja nad tym czy, jak długo oraz na jakich zasadach osoby z ch.A. lub inną chorobą prowadzącą do osłabienia funkcji poznawczych powinny mieć zachowane prawo jazdy, wymaga badań dostarczających wiedzy, jak często takie osoby powodują wypadki drogowe. Wnioski płynące z dostępnych badań nie są jednoznaczne. Friedland i wsp. [3] przedstawili wyniki pięcioletnich badań retrospektywnych. Porównali częstość wypadków powodowanych przez kierowców z rozpoznaną ch.A. z grupą kierowców zdrowych. W ocenianym okresie kierowcy z ch.A. spowodowali niemal pięć razy więcej wypadków niż kierowcy z grupy kontrolnej. W większości, wypadki spowodowane przez kierowców z ch.A. miały miejsce na skrzyżowaniach, przy zmianie pasa ruchu, w miejscach z sygnalizacją świetlną. Do pierwszego wypadku w tej grupie kierowców dochodziło przeciętnie w 1,8 roku od rozpoznania choroby (w granicach 1–7 lat). W teście MMSE przeciętny uzyskiwany przez nich wynik wynosił 19,9 punktów (rozpiętość 6–28 punktów). Spośród 30 kierowców z ch.A. u 23 opiekunowie zauważyli zmiany stylu kierowania pojazdem. Częstość wypadków rosła z każdym rokiem trwania choroby i wypadek spowodowało 74% tych kierowców z ch.A., u których choroba trwała 7 lat. W sumie cytowani autorzy stwierdzili, że nie ma w przypadkach ch.A. bezpiecznego momentu, do którego można utrzymać prawo jazdy. Ich zdaniem, w ocenie tego nie są pomocne testy przesiewowej oceny funkcji poznawczych, ani pełne badanie neuro-

psychologiczne. Sądzą więc, że postawienie rozpoznania ch.A. powinno być równoznaczne z pozbawieniem prawa jazdy.

Podobne wnioski wyciągnęli Johansson i wsp. [7] w wyniku badań przeprowadzonych w Szwecji i Finlandii w latach 1992–1995. Stwierdzili, że wśród kierowców po 65 roku życia, którzy ponieśli śmierć w wypadkach drogowych, u 33% stwierdzono w mózgach zmiany histopatologiczne pozwalające na pewne rozpoznanie ch.A., u dalszych 20% można było podejrzewać początki tej choroby, a u 17% znaleziono co najmniej jedno włókno neurofibrylarne w korze ciemieniowej lub czołowej. Poza tym allele ApoE-4, z którymi wiąże się większe ryzyko ch.A., występowały w tej grupie znacznie częściej niż w grupie kontrolnej. W sumie autorzy ci stwierdzili, że u 47–53% kierowców po 65 r.ż., którzy zginęli w wypadkach drogowych, można było podejrzewać początek ch.A., zanim jeszcze pojawiły się objawy kliniczne. Podobnie jak wcześniej cytowani autorzy, ci również sugerują cofnięcie prawa jazdy w momencie rozpoznania, a nawet podejrzenia ch.A.

Inne wnioski wysunęli Trobe i wsp. [15] analizując wypadki samochodowe i wykroczenia w ruchu drogowym w stanie Michigan w USA. Stwierdzili, że wskaźnik wypadków i wykroczeń u osób z ch.A., nie różnił się istotnie od grupy kontrolnej. Podobnie jak cytowani wcześniej autorzy, stwierdzili, że wyniki badań neuropsychologicznych nie były wskaźnikami ryzyka ewentualnych wypadków. Natomiast istotny wpływ zapobiegawczy miało postępowanie lekarzy i opiekunów. Zdaniem tych autorów rozpoznanie ch.A. nie powinno być równoznaczne z cofnięciem prawa jazdy. Podobnego zdania są Hakamies-Blomqvist i wsp. [6]. Autorzy ci przeprowadzili badania obejmujące Szwecję i Finlandię. Kraje te różnią zasady przyznawania prawa jazdy. W Szwecji, podobnie jak w Polsce, otrzymuje się je bezterminowo, z tym, że w Szwecji lekarz ma obowiązek powiadomienia odpowiednich władz o oso-

bach, które z powodów zdrowotnych powinny zaniechać prowadzenia pojazdów, jeżeli same tego nie uczyniły. W Finlandii prawo jazdy ważne jest do 70 r.ż. Jednak kierowcy, którzy ukończyli 45 lat, muszą przejść badania lekarskie, powtarzane co 5 lat. Po 70 r.ż. ważność prawa jazdy wygasa. Osoba taka, jeżeli chce je nadal posiadać, musi przedłożyć dokument podpisany przez dwie wiarygodne osoby, iż prowadzi samochód poprawnie, oraz przejść pomyślnie badania lekarskie. Wznowione prawo jazdy ważne jest nie dłużej niż 5 lat. Po 80 r.ż. okresy te zazwyczaj ulegają skróceniu. Cytowani autorzy przeanalizowali wypadki i wykroczenia drogowe odnotowane przez policję w obu krajach, spowodowane przez kierowców mających prawo jazdy od co najmniej 30 lat. Okazało się, że bardziej surowy system fiński nie zwiększa bezpieczeństwa prowadzenia pojazdów przez osoby starsze. Przeciwnie, ilość wypadków z udziałem osób w wieku podeszłym była w Finlandii większa niż w Szwecji. Autorzy zwracają uwagę, że system fiński eliminuje przede wszystkim takich starszych wiekiem kierowców, którzy są bardziej podatni na nacisk społeczny, mniej wierzą we własne możliwości. Nie znaleźli natomiast powodów do wprowadzenia ograniczeń dotyczących posiadania prawa jazdy przez osoby starsze.

Bez wątplenia kwestia prowadzenia pojazdów mechanicznych przez osoby w wieku podeszłym, nie tylko z ch.A., stanowi istotny problem. Trudno tutaj o jednoznaczne oceny. Jak widać z przedstawionego wyżej, niewielkiego przeglądu piśmiennictwa, wyniki badań dotyczących zdolności osób z objawami ch.A. do kierowania pojazdami, częstości powodowanych przez nich wypadków i wyciągane z nich wnioski, krańcowo się różnią. Można powiedzieć, że praktycznie sprowadzają się do wniosku jednego. Mianowicie do potrzeby indywidualnego traktowania każdego przypadku. Jest oczywiste, że należy jak najdłużej utrzymywać wszelkie formy aktywności osób z ch.A.

Wszelkie ograniczenia przyspieszają ich izolację społeczną, sprzyjają pojawianiu się objawów depresji. Z drugiej strony trzeba jednak mieć na uwadze bezpieczeństwo innych ludzi, dla których kierowca z ch.A. może stanowić realne zagrożenie.

Rozsądne wydaje się podejście O'Neila [12]. Kładzie on nacisk na warunki jakie należałoby spełnić, aby prowadzenie samochodu przez osoby z ch.A. było bezpieczne, a nie na dążeniu do pozbawiania ich prawa jazdy. Wyniki przesiewowych testów oceniających funkcje poznawcze i badań neuropsychologicznych korelują ze stopniem otępienia, ale ich wartość prognostyczna dotycząca zdolności do prowadzenia pojazdów jest ograniczona. W tym względzie większe znaczenie mają spostrzeżenia rodziny, opiekunów, dotyczące zwłaszcza zmiany sposobu prowadzenia samochodu, zachowania na drodze. Istotne są także spostrzeżenia lekarza sprawującego stałą opiekę nad pacjentem. W ocenie zdolności do prowadzenia samochodu przez osobę z ch.A. powinno być brane pod uwagę stanowisko tego właśnie lekarza, psychologa, pracownika socjalnego, instruktora nauki jazdy i opiekuna chorego. Pozwala to na indywidualną ocenę każdego przypadku. Ryzyko spowodowania wypadku jest mniejsze, gdy podczas jazdy kierowcy z ch.A. towarzyszy opiekun. Należy brać pod uwagę warunki atmosferyczne i stopień natężenia ruchu. Trasa, jaką porusza się taki kierowca, powinna być mu znana. Jak z tego wynika, wiele zależy od opiekunów, którzy powinni mieć wsparcie kompetentnych, znających problemy chorych na ch.A., pracowników medycznych.

W naszym kraju opieka nad osobami niepełnosprawnymi, w tym z zaburzeniami psychicznymi, z otępieniem, nie jest tak dobrze rozwinięta jak w krajach, z których pochodzą cytowane wcześniej badania. W istocie ciężar i odpowiedzialność związana z udzieleniem choremu na ch.A. i jego rodzinie wskazówek dotyczących funkcjonowania tego chorego, również jako kierowcy, spo-

czywa na odpowiednio przygotowanym lekarzu. Dotyczy to przede wszystkim psychiatry współpracującego, szczególnie w tych przypadkach, z neurologiem i psychologiem. Cytowane badania wskazywały, że przesiewowe i pełne badania neuropsychologiczne miały niewielką wartość prognostyczną, co do ryzyka wywołania wypadku drogowego przez kierowcę z ch.A. Sądzić można, że jednak łącznie z wywiadem od opiekunów chorego, pozwalają śledzić jego codzienne funkcjonowanie, również jako kierowcy. Wskazówki co do diagnostyki otępienia zostały już opracowane przez polskich ekspertów i przedstawione w piśmiennictwie [1]. Korzystanie z nich znacznie ułatwia proces diagnostyczny. Brak jeszcze uregulowań prawnych co do postępowania lekarza, który dojdzie do wniosku, że chory na ch.A. lub inną postać otępienia nie powinien mieć już prawa prowadzenia samochodu. Jak wynika z odpowiedzi na pytania zawarte w ankiecie jaką przedstawiłam, psychiatry skłonni są bardziej niż inni lekarze przyznawać chorym z otępieniem prawo do prowadzenia pojazdów mechanicznych. Winni mieć w tym, poza własnym przekonaniem, oparcie w obowiązującym prawie.

PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A, Barcikowska M, Kędzielawa D, Kotapka-Minc S, Leszek J, Mossakowski M, Opala G, Parnowski T, Pfeffer A, Szczudlik A, Żakowska-Wachelko B. Stanowisko grupy ekspertów w sprawie zasad diagnozowania i leczenia otępienia w Polsce (IGERO). *Rocznik Psychogeriatryczny* 1999; 1: 105-51.
2. Brodniak W. Podstawy socjologiczne współczesnej psychiatrii. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. T. I. 2002: 289-310.
3. Friedland RP, Koss E, Kumar A, Gaine S, Metzler D, Haxby JV, Moore A. Motor Vehicle Crashes in Dementia of the Alzheimer Type. *Ann Neurology* 1998; 24: 782-6.

4. Gabrylewicz T. Rozpowszechnienie zespołów otępiennych w podeszłym wieku. *Psychiatr Pol* 1999; 33 (3): 341-52.
5. Gabrylewicz T. Rozpowszechnienie zespołów otępiennych wśród mieszkańców warszawskiej dzielnicy Mokotów w wieku 65–84 lat. *Psychiatr Pol* 1999; 33 (3): 353-66.
6. Hakamies-Blomqvist L, Johansson K, Lundberg K. Medica Screening of Older Drivers as a Traffic Safety Measure – A Comparative Finnish – Swedish Evaluation Study. *Am Geriatrics Society* 1996; 44: 650-3.
7. Johansson K, Bogdanovic N, Kalimo H, Winblad B, Vitanen M. Alzheimer's disease and apolipoprotein E-4 allele in older drivers who died in automobile accidents. *Lancet* 1997; 349: 1143-4.
8. Kay DWK, Bergmann K. Epidemiology of mental disorders among the aged in the community. W: Birren JE, Sloane RB, red. *Handbook of mental health and aging*. N J: Prentice Hall Inc Englewood Cliffs; 1980: 34-56.
9. Kłoszewska I, Kwiecińska E. Prowadzenie pojazdów przez osoby z zaburzeniami psychicznymi. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 457-60.
10. Krzywińska E, Rossa G, Krzywiński S. Skale GDS i FAST w rozpoznawaniu otępienia typu Alzheimerera. *Psychiatr Pol* 1993; 27 (2): 129-38.
11. Krzywiński S. Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. *PZWL*; 1993: 115-45.
12. O'Neil D. An update on dementia and driving. *Alzheimer Insights* 1999; 5: 1-4.
13. Pendlebury WW, Solomon PR. Alzheimer's disease. *Ciba Clinical Symposia* 1996; 48: 3.
14. Rossa G. Rozpowszechnienie otępienia typu Alzheimerera i otępienia naczyniowego na terenie miasta i gminy Świebodzin. *Psychiatr Pol* 1997; 31 (1): 121-34.
15. Trobe JD, Waller PF, Cook-Flannagan CA, Teshima SM, Bieliauskas LA. Crashes and violations among drivers with Alzheimer disease. *Arch Neurol* 1996; 53: 411-6.
16. Perryman KM, Fitten LJ. Impact of attentional deficits on driving performance of the elderly and individuals with mild Alzheimer's disease. *Facts Res Gerontol* 1994; 91-102.
17. Wciórka B, Wciórka J. Stereotyp i dystans – choroby psychiczne i chorzy psychicznie w opinii społeczeństwa polskiego (1996 i 1999). *Post Psychiatr Neurol* 2000; 9: 353-82.

Adres: Dr Wioletta Giemza-Urbanowicz, ul. Polna 8, 66-200 Świebodzin