

## Miejsce psychogeriatry wśród dyscyplin medycznych

*The place of psychogeriatry among medical disciplines*

ADAM BILIKIEWICZ

Z Katedry i II Kliniki Chorób Psychiczych AM w Gdańsku

**STRESZCZENIE.** *Omawiając interdyscyplinar-ny charakter psychogeriatry i jej miejsce wśród specjalności medycznych, autor wskazuje na konieczność respektowania holistycznego paradygmatu w podejściu do chorego w wieku podeszłym w zdrowiu i chorobie.*

**SUMMARY.** *Discussing the interdisciplinary character of psychogeriatry and its place among other medical specialties the author points to the need for observing the holistic paradigm in treating the elderly patient in health and illness.*

---

**Słowa kluczowe:** psychogeriatrya / podejście holistyczne do chorego  
**Key words:** psychogeriatry / holistic approach to the patient

---

Zacznę od spraw terminologicznych. Termin „psychogeriatrya” zakorzenił się w terminologii medycznej od niedawna i wydaje się zyskiwać coraz więcej zwolenników. Przywołam w tym miejscu krótki artykuł dyskusyjny pióra Stefana Krzywińskiego pt. „Psychogeriatrya czy gerontopsychiatria?”, opublikowany w 1984 r. na łamach *Psychiatrii Polskiej*. Autor, na moje zresztą życzenie jako ówczesnego redaktora czasopisma, przytoczył argumenty na rzecz przyjęcia terminu „psychogeriatrya” rozwiewając, jak sądzę, wątpliwości w tym zakresie. Pojawiły się one w związku z definicją podaną w *Polskim Słowniku Medycznym* (wyd. z 1981 r.), według której psychogeriatryę określono jako dyscyplinę zajmującą się psychologicznymi aspektami starości. Trudno się dziwić, że termin ten odrzucali psychiatrzy, gdyż takie zawężenie definicji wyłączało z kręgu zainteresowań psychogeriatryi osoby z zaburzeniami psychicznymi. Podzielając w pełni opinię Krzywińskiego przytoczę podaną przez niego definicję [1993], ażeby położyć kres wszelkim dywagacjom na tematy termino-

logiczne. Psychogeriatrya jest działem psychiatrii zajmującym się profilaktyką, rozpoznawaniem, leczeniem, rehabilitacją i społecznymi problemami zaburzeń psychicznych w podeszłym wieku. Jest rzeczą oczywistą, że psychogeriatrya we wszystkich wymienionych elementach definicji docenia i dostrzega wagę aspektów psychologicznych i psychoterapeutycznych związanych z psychopatologią wieku podeszłego.

Ten wstęp odnoszący się do spraw terminologicznych wydał mi się o tyle uzasadniony, że my psychiatrzy i nie tylko, nie przestrzegamy w dalszym ciągu jednolitej terminologii. Również w programie dzisiejszej konferencji występuje termin „erontologia”, który jak się można domyślać ma być tożsamy z określeniem „psychogeriatrya”. Termin „gerontologia” jest szeroki i oznacza naukę o starzeniu się i w dosłownym znaczeniu tego terminu odnosi się bardziej do zakresu działania nauk podstawowych.

Psychogeriatrya może stanowić model holistycznego spojrzenia na chorobę. W dobie, gdy podejście redukcjonistyczne świeci

coraz więcej zwycięstw i opiera się skutecznie wszelkim próbom zahamowania tego szkodliwego zjawiska, potrzebni są lekarze, którzy umieliby ogarnąć całościowo pacjenta. Takie są oczekiwania pacjenta, tego spodziewa się jego rodzina i opiekunowie. Na czym polega zwycięska droga zwolenników redukcjonistycznej medycyny? Wystarczy przyjrzeć się nazwom poszczególnych klinik w naszych akademiach medycznych. W czasie moich studiów lekarskich były kliniki: pediatrii, chirurgii, interny itp. Dzisiaj mamy kliniki chorób nerek, serca, żołądka i jelit, płuc, endokrynologii itd. Dopóki pacjent cierpi na chorobę jednego narządu wszystko idzie gładko. Gorzej gdy z wiekiem pojawia się kilka chorób dotyczących równocześnie wielu narządów lub układów. Wtedy zaczyna się spór kompetencyjny, którego przedmiotem jest nieszczęsny pacjent. Sytuacja jest katastrofalna gdy dołączą się objawy psychotyczne lub otępienne. Wtedy okazuje się, że psychiatra musi być specjalistą wielonarządowym. Tak się dzieje w przypadku zaburzeń psychicznych u osób w wieku podeszłym cierpiących na różne choroby somatyczne. Sytuacja w tej dziedzinie skłoniła organizatorów toruńskiej konferencji psychogeriatrycznej (czerwiec 1997 r.) do przyjęcia za główny temat obrad „Zaburzenia psychiczne a choroby somatyczne wieku podeszłego”.

Wskazując wraz z Markiem Hebanowskim [1996] na konieczność uwzględniania w programach studiów lekarskich i szkolenia lekarzy rodzinnych problematyki psychogeriatrycznej, zwróciliśmy uwagę na pogłębiający się kryzys przejawiający się brakiem równowagi między rozwojem nauk medycznych a ich rolą w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa i indywidualnych potrzeb pacjentów. Jak już wspomniałem, kryzys ten przejawia się m.in. pod postacią sprzeczności między rozwojem wielospecjalistycznej medycyny klinicznej a potrzebą holistycznego traktowania pacjenta zarówno w aspekcie diagnostycznym jak i terapeutycznym.

## PORADNIE PSYCHOGERIATRYCZNE

W stosunku do chorych w wieku podeszłym najtrudniejsze zadanie zintegrowanego działania diagnostyczno-terapeutycznego przypada lekarzom rejonowym (w przyszłości rodzinnym) – geriatrom, a u osób z zaburzeniami psychicznymi – psychogeriatrom. Ci ostatni powinni być w lecznictwie otwartym wykorzystywani jako konsultanci, nie należy na nich przerzucać stałej opieki nad chorymi. Jest to zrozumiałe, gdyż jest ich zbyt mało w Polsce. Powstające w poszczególnych województwach poradnie psychogeriatryczne powinny zatem spełniać rolę placówek konsultacyjnych, których zadania, mówiąc szczegółowo, wyglądają następująco:

1. Poradnia psychogeriatryczna musi swoim zasięgiem obejmować całe województwo.
2. Poradnia nie może i nie powinna obejmować stałą i systematyczną opieką wszystkich chorych z problemami psychogeriatrycznymi, chociaż z różnych powodów (np. wdrażanie nowych metod leczenia farmakologicznego) poradnia opiekuje się wybraną grupą pacjentów.
3. W poradni należy założyć centralny rejestr wojewódzki, który umożliwiłby utrzymywanie kontaktu z samym chorym lub jego rodziną (opiekunem). Ma to szczególne znaczenie w terapii i opiece długofalowej (np. u chorych z otępieniem typu Alzheimera).

Rejestr taki, na wzór rejestrów funkcjonujących w innych specjalnościach (onkologia, wenerologia) pozwoliłby na względnie precyzyjną ocenę sytuacji epidemiologicznej w dziedzinie psychogeriatryi i ułatwiłby skuteczniejszą opiekę nad pacjentami w wieku podeszłym. Muszę przypomnieć, że przed laty powstał też w dziedzinie psychiatrii rejestr centralny (Poznań), który okazał się bardzo przydatny zarówno z praktycznego jak i naukowego punktu widzenia.

Wracając do rejestru psychogeriatrycznego powołam się znowu na Stefana Krzywińskiego, który w 1984 r. wypowiedział się za celowością prowadzenia takiego rejestru w poradniach zdrowia psychicznego. Może warto przypomnieć niektóre argumenty autora. Wszyscy zgodzimy się chyba z zasadą, że o wyniku leczenia w medycynie decyduje w dużym stopniu wczesne rozpoznanie choroby. W przypadku zaburzeń psychicznych u osób w wieku podeszłym, mam przede wszystkim na myśli zespoły otępienne różnej etiologii, między początkiem objawów a rozpoczęciem ich szczegółowego diagnozowania i przyczynowego leczenia wpływa dużo czasu. Cytowany autor, na podstawie badań epidemiologicznych opartych na dokumentacji zakładów psychiatrycznych województwa zielonogórskiego z lat 1972–1976 ustalił, że w badanym okresie leczenie psychiatryczne podjęły 1193 osoby w wieku 60 lat i powyżej. 41,2% z nich rozpoczęło leczenie w ponad rok od początku choroby, zaś w pierwszym miesiącu tylko 10,5%. Stwierdzono duże różnice w zależności od rodzaju zaburzeń. Chorzy z zaburzeniami psychicznymi somatogennymi i reaktywnymi rozpoczęli leczenie wcześniej. Tymczasem blisko połowa chorych z otępieniem starczym i 39,4% z otępieniem naczyniowym rozpoczęło leczenie w ponad rok od początku choroby. Podobnie 43,2% chorych z depresją podejmowało leczenie w ponad rok od początku choroby, a jedynie 13,6% w jej pierwszym miesiącu. Dane te są zgodne ze spostrzeżeniami innych autorów, również mówiącego te słowa, że „ostre” zaburzenia psychiczne podeszłego wieku trafiają wcześniej pod opiekę psychiatryczną, gdy te o przebiegu powolnym, często niespecyficznym, bez burzliwych objawów, albo długo w ogóle nie są znane służbie zdrowia, albo trafiają do różnych poradni i placówek lecznictwa niepsychiatrycznego. Wyodrębnienie z rejestrów poradni zdrowia psychicznego rejestru psychogeriatrycznego miałoby jeszcze taki sens, że chorzy powyżej 60 r.ż. stanowiliby grupę szczególnej troski, co ułat-

wiłoby wczesne uchwycenie objawów otępienia (np. typu Alzheimer), u tych chorych, którzy w stadium prodromalnym zgłaszali się do poradni z powodu dolegliwości „nawicowych” (bezsenna, męczliwość, skłonność do stanów lękowych) lub z objawami depresji, która na długo może wyprzedzać proces otępienny.

Dlaczego taką wagę przywiązuję do rejestru psychogeriatrycznego?

Chodzi o to, że powołanie do życia we wszystkich województwach konsultacyjnych poradni psychogeriatrycznych uwrażliwiłoby lekarzy psychiatrów, ale również lekarzy innych specjalności, na chorych w wieku podeszłym przejawiających różnorakie zaburzenia psychiczne. Nic nie stoi na przeszkodzie, żeby do poradni tej kierowani byli pacjenci z różnymi rozpoznaniem psychiatrycznymi, co ułatwiłoby wczesne wykrywanie objawów otępienia, a tym samym poprawiło efekty leczenia w tej grupie chorych. Wszyscy lekarze zajmujący się chorobą Alzheimer ubolewają, że chorzy trafiają do nich w późnych stadiach choroby. Trzeba zatem uczynić wszystko, ażeby ten stan rzeczy uległ poprawie. Z drugiej strony jestem przeciwnikiem posługiwania się w nazwie poradni psychogeriatrycznej nazwiskiem Alzheimer, gdyż w społeczeństwie, w wyniku nazbyt gorliwej propagandy środków masowego przekazu, podejrzenie tej choroby wywołuje lęk, a nawet panikę wśród chorych i ich rodzin. W nazwie poradni kryłaby się sugestia, że wszyscy trafiający tam pacjenci są co najmniej podejrzani o chorobę Alzheimer, a to byłoby niesłuszne i jatropatogenizujące.

Rejestr psychogeriatryczny powinien być prowadzony przez psychiatrę, co łatwo uzasadnić. Objawy otępienne bywają często maskowane objawami psychotycznymi i nawicowymi. Psychiatra lub psychogeriatra orientuje się szybciej w złożonej strukturze obrazu psychopatologicznego niż neurolog. Poradnia psychogeriatryczna musi jednak ściśle współpracować z neurologiem, gdyż dziedzina ta leży na styku psychiatrii i neurologii.

Na przykładzie psychogeriatry widać negatywne skutki rozdziału tych specjalności. Rozdział administracyjny nie powinien oznaczać rozdziału merytorycznego zgodnie z holistycznym modelem traktowania człowieka w wieku podeszłym.

## MIEJSCE PSYCHOGERIATRII

Adekwatnie do tytułu niniejszego doniesienia pragnę zatrzymać się na miejscu psychogeriatry wśród jeszcze innych, niż neurologia, specjalności medycyny.

Wielokrotnie, przy różnych okazjach podkreślałem wielodyscyplinarny charakter psychogeriatry. Owa interdyscyplinarność wynika nie tylko z aspektów psychologicznych, socjologicznych, czy filozoficznych starzenia się człowieka, ale ze specyfiki patologii wieku podeszłego. U chorych w wieku poprodukcyjnym lub u schyłku życia mamy bowiem do czynienia w większym stopniu, niż w innych grupach wiekowych, ze sprzęganiem się czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. Do tych pierwszych należą wszystkie choroby somatyczne, ale również somatogenne zaburzenia psychiczne, wśród czynników psychologicznych znajdujemy następstwa: poczucia zbliżania się do kresu życia, konieczności wyrzekania się wielu przyjemności, a często ujemnego bilansu życia, zaś izolacja społeczna i materialne niedostatki wieku podeszłego składają się na aspekt społeczny starości.

W psychogeriatry, jak zresztą w każdej innej dziedzinie medycyny, łączą się dwa nurty. Jednym z tych nurtów jest naukowy aspekt patologii, a szczególnie psychopatologii wieku podeszłego. Wydłużające się w skali całego globu ziemskiego życie ludzkie sprawia, że medycyna naukowa zmuszona jest zajmować się różnymi problemami zdrowia i choroby u ludzi starzejących się. Śledząc bieżące piśmiennictwo z zakresu geriatry i psychogeriatry na świecie da się zaobserwować nie tylko ilościowy wzrost pozycji bibliograficznych, ale można dostrzec, iż coraz więcej ośrodków naukowych

przestawia swoje warsztaty naukowe na problematykę patologii wieku podeszłego. Uczestnicząc w 1996 r. w kolejnym Kongresie Alzheimerowskim w Budapeszcie odniosłem nawet wrażenie, że nurt teoretyczno-badawczy przytłoczył nurt kliniczno-praktyczny. Poczynając od neuropatologów, neuroanatomów, biochemików, neurofizjologów, immunologów i gerontologów, a skończywszy na przedstawicielach biologii molekularnej i genetyki – wszyscy koncentrowali się na mechanizmach etiopatogenetycznych starzenia się ośrodkowego układu nerwowego. Klinicyści na tym Kongresie, ale nie tylko na tym, stanowili zdecydowaną mniejszość. Sytuacja ta budzi mieszane uczucia. Moim zdaniem niesłusznie. Skoncentrowanie się przedstawicieli nauk podstawowych na poszukiwaniu odpowiedzi, jakie czynniki determinują patologię wieku podeszłego, jaka jest etiologia i patogenezę zespołów otępiennych z chorobą Alzheimera na czele, napawa otuchą i nadzieją, że na wiele pytań już wkrótce otrzymamy odpowiedzi. Na pograniczu nurtu teoretycznego i praktycznego leży farmakologia i nauki farmaceutyczne. Już dzisiaj specjalnościom tym zawdzięczamy wiele leków, które chorym przynoszą ulgę w cierpieniu, chociaż nie posiadamy jeszcze leków mogących wpływać na przyczyny np. otępień pierwotnie zwyrodnieniowych.

Nurt kliniczny psychogeriatry interesuje, niestety, znacznie węższą grupę lekarzy. Jakie są tego powody? O odpowiedź nietrudno. Marzeniem każdego lekarza, szczególnie wchodzącego w życie zawodowe, jest możliwość uzyskiwania szybkich i spektakularnych efektów leczniczych. Niestety nie jest to zawsze, a właściwie rzadko możliwe u osób w wieku podeszłym. Praca z chorymi w zaawansowanym wieku wymaga wielkiej cierpliwości, odporności psychicznej, wytrwałości, dużej dozy empatii, wrażliwości i poczucia przydatności. Ludzie starzy, nawet nie wykazujący ewidentnych zaburzeń psychicznych, zmieniają się z wiekiem pod względem charakterologicznym. Zmiany te nie zawsze są przyjemne dla otoczenia. Lu-

dzie oszczędni w ciągu całego życia stają się skąpi i wyrachowani, przesadnie zatroskani swoim stanem zdrowia popadają w hipochondrię, skłonni do melancholii drażnią czarnowidztwem, osoby lubiące dominować bywają na starość despotyczni, przekorni stają się uparci i złośliwi itd. Na szczęście duża część ludzi starzejących się zachowuje do późnej starości pogodę ducha, optymizm, wyrozumiały stosunek do ludzi i ich słabości. Nie wiadomo dlaczego w opinii pracowników służby zdrowia utrwalił się obraz człowieka starzejącego się jako zrzędy, złośliwca, popadającego w nastroje dysforyczne, z wszystkiego niezadowolonego, obcesowo traktującego otoczenie? Codzienne spostrzeżenia dostarczają przykładów, że ludziom starym, a zwłaszcza chorym i cierpiącym, niechętnie przyznaje się prawo do hospitalizacji, panuje obawa, że rodzina chce się starego i chorego człowieka pozbyć z domu (niestety takie zachowania mają rzeczywiście miejsce), chorzy w wieku podeszłym nie zawsze są mile widziani w placówkach leczenia ambulatoryjnego. Niejednokrotnie z ust pacjentów lub ich opiekunów słyszałem skargi, że lekarze odmawiają wizyt domowych, że wyrażają zdziwienie, że rodzina spodziewa się skutecznego leczenia, wychodząc widocznie z założenia, że „na starość nie ma leku”. Postawy te i zachowania kładą się cieniem nad tą dziedziną, której celem jest leczenie ludzi w wieku podeszłym. Niestety do tej pory nie rozwiązano problemu organizacyjnego, który polega na tym, że ludzie w podeszłym wieku cierpią na wiele chorób, a w dodatku przejawiają bądź przewlekłe zaburzenia psychiczne pod postacią otępienia, bądź okresowo zdradzają ostre zaburzenia psychiczne o typie psychoz z jakościową zmianą świadomości, depresji, psychoz urojeniowych czy halucynoz. Oddziały chorób wewnętrznych boją się na ogół tego typu chorych, a ich ordynatorzy, być może nie bez racji, tłumaczą, że oddziały te nie są od strony kadrowej i organizacyjno-technicznej przygotowane do prowadzenia chorych soma-

tycznie z zaburzeniami psychicznymi. Z tych to potrzeb narodziła się inicjatywa organizowania w kraju sieci oddziałów psychogeriatrycznych (czy nawet geriatrycznych), które nie mogą w żadnym wypadku konkurować z domami pomocy społecznej. Oddziały te powinny korzystać z szerokich możliwości konsultacyjnych i spełniać rolę diagnostyczno-leczniczo-rehabilitacyjną. Niestety tylko nieliczni decydenci służby zdrowia na szczeblu wojewódzkim doceniają potrzebę i celowość tworzenia takich oddziałów. W 1995 r. w polskich szpitalach psychiatrycznych i klinikach (Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie i Klinika Psychiatryczna Collegium Medicum U.J. w Krakowie) istniało 15 oddziałów psychogeriatrycznych dysponujących 643 łózkami. Łóżka te nie są rozmieszczone równomiernie i skupione są w następujących województwach: częstochowskie, gorzowskie, katowickie, krakowskie, wałbrzyskie i warszawskie. Trzeba dodać, że oddziały te są często z nazwy oddziałami psychogeriatrycznymi, a w rzeczywistości jednym z decydujących o umieszczeniu w nich chorych jest wiek i rozpoznanie psychiatryczne (np. przewlekła schizofrenia). W stosunku do ogółu łóżek psychiatrycznych rzeczywistych w Polsce w 1995 r., których było łącznie 32 993 643, łóżka psychoorganiczne nie stanowią adekwatnej do potrzeb ilości, tym bardziej, że są to w dużej części ukryte łóżka dla przewlekłych chorych i zajmowane przez osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej.

Skoro rozważamy problem miejsca psychogeriatрії wśród innych dyscyplin medycznych, to nie możemy zamykać oczu na tę grupę chorych, którzy wymagają opieki wielospecjalistycznej. Nagłośnienie w środkach masowego przekazu choroby Alzheimera, uzasadnione z całą pewnością liczbą ludzi dotkniętych tym cierpieniem, pociągnęło za sobą nieprzewidziane ujemne następstwa. Pomijam fakt lękorodnego działania przekazywanych w publikatorach informacji. Notujemy przypadki, gdy postawione rozpoznanie choroby Alzheimera zamyka

choremu drogę do leczenia w różnych oddziałach. My psychiatry znamy tę sytuację doskonale, kiedy pacjent psychiatryczny, legitymujący się kartą informacyjną ze szpitala psychiatrycznego, bywa odsyłany z izby przyjęć z uzasadnieniem, że jest „psychiczny”. Jestem pewien, że niejedynemu lekarzowi psychiatry dyżurujący w psychiatrycznej izbie przyjęć zmuszony był odbierać poród, gdyż pacjentka „była psychiczna” i nie chciano jej zawieźć do szpitala położniczego. Te i inne przykłady paradoksów naszej służby zdrowia świadczą o niskim poziomie wiedzy naszego społeczeństwa, ale co gorsza dają też świadectwo ignorancji personelu medycznego. Mówiąc o nurcie praktycznym psychogeriatry nie sposób pomijać tych rażących problemów, z którymi na co dzień borykają się zarówno pacjenci wieku podeszłego, jak i ich rodziny i opiekunowie.

Przedmiotem mojego wystąpienia nie są w zasadzie pierwotne zaburzenia psychiczne w rodzaju otępień zwyrodnieniowych typu Alzheimer, Picka, Parkinsona czy Huntingtona, ale zaburzenia psychiczne wtórne wywołane z choroby ogólnej. Nie mam niestety czasu, ażeby do tego ważnego zagadnienia ustosunkować się szczegółowo. Stanowi ono treść konferencji. O jednym muszę wspomnieć. W tej dziedzinie konieczna jest bliska współpraca lekarzy wszystkich specjalności z psychiatrami. W lecznictwie zamkniętym o współpracę znacznie łatwiej niż w otwartym. Pacjenci z dolegliwościami depresyjnymi, lękowymi, z bezsennością i innymi objawami nerwicowymi trafiają nieraz do lekarzy różnych specjalności, którzy kierując się wskazaniami symptomatologicznymi, dodają leków anksjolitycznych, nasennych, przeciw-

depresyjnych, nie zastanawiając się, że reaktywność chorych na leki z wiekiem zmienia się i są oni szczególnie wrażliwi na polipragmatyzę. Właściwa farmakoterapia u osób somatycznie chorych przejawiających zaburzenia w sferze psychicznej jest zadaniem wyjątkowo trudnym i odpowiedzialnym.

Podsumowując, pragnę z całą mocą podkreślić, że w diagnozowaniu i leczeniu zaburzeń psychicznych wieku podeszłego, bardziej niż w innych dziedzinach medycyny, powinny obowiązywać zasady wynikające z paradygmatu holistycznego uwzględniającego imperatyw *primum non nocere*. Jeżeli lekarze wszystkich specjalności będą do chorych w wieku podeszłym podchodzili widząc nie tylko problemy choroby, ale również ich potrzeby psychologiczne i społeczne w sposób całościowy, cel jaki sobie w geriatryi stawiamy będzie możliwy do osiągnięcia.

## PIŚMIENNICTWO

1. Bilikiewicz A., Hebanowski M.: Miejsce psychogeriatry w nauczaniu medycyny rodzinnej. Post. Psychiatr. Neurol. 1996, supl. 1, 3, 101–106.
2. Bilikiewicz A.: Instytucjonalne formy leczenia choroby Alzheimer (maszynopis referatu wygłoszonego w Gdańsku 19.02.1997 r.).
3. Krzywiński S.: Psychogeriatrya czy gerontopsychiatria. Psychiatr. Pol. 1984, 18, 1, 35–37.
4. Krzywiński S.: Model opieki psychogeriatrycznej. Psychiatr. Pol. 1984, 18, 2, 123–128.
5. Krzywiński S.: Uwagi o celowości prowadzenia rejestru psychogeriatrycznego w poradniach zdrowia psychicznego. Psychiatr. Pol. 1984, 18, 2, 187–188.
6. Krzywiński S. (red.): Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. PZWL, Warszawa 1993.

Adres: Prof. Adam Bilikiewicz, Katedra i II Klinika Chorób Psychiczych AM,  
ul. Srebrniki 1, 80-282 Gdańsk