

Ambulatoryjne prowadzenie chorych z otępieniem w poradni geriatrycznej (doświadczenia własne)

*Treatment of patients with dementia in an outpatient geriatric clinic
(based on the author's experiences)*

DOROTA USSOROWSKA

Z Zespołu Opieki Zdrowotnej w Sopocie

STRESZCZENIE. *Wykorzystując odrębności swojego warsztatu pracy geriatra może przyczynić się do wcześniejszego rozpoznawania zespołów otępiennych. Współpracując z innymi specjalistami, może zmniejszyć cierpienie chorych i ich opiekunów.*

SUMMARY. *Due to the specificity of methods applied by the geriatrist, an early diagnosis of dementing disorders is possible. In collaboration with other specialists he may alleviate the patients' and their caregivers' suffering.*

Słowa kluczowe: otępienie / leczenie ambulatoryjne
Key words: dementia / outpatient clinic treatment

Coraz głośniejszy jest apel do nas wszystkich: psychologów, lekarzy, rehabilitantów i konstruktorów, abyśmy dla poprawienia jakości życia i zmniejszenia cierpienia chorych dotkniętych otępieniem potrafili wznieść wspólny pomost ponad granicami własnych dyscyplin. Analizując czteroletnią pracę poradni geriatrycznej zastanawiałam się, czy geriatra może pomóc w interdyscyplinarnym wysiłku na rzecz chorych z otępieniem i ich rodzin? Potencjał geriatry tkwi nie w rywalizacji z innymi specjalistami, ale w wykorzystaniu odrębności swojego warsztatu pracy.

Zaczynając od diagnostyki, polem do działania dla geriatry wydaje się być praca na rzecz wczesnego rozpoznawania procesów otępiennych u ludzi starszych, jak również jak najdokładniejsze, wstępne rozeznanie problemu (przed przekazaniem pacjenta do innych specjalistów). Charakterystyczną cechą populacji geriatrycznej jest wzajemna zależność (implikacja) 3 kategorii problemów: czysto medycznych, psychicznych i socjalnych.

Prawidłowy wywiad geriatryczny różni się od internistycznego tym, że do oceny ich wza-

jemnego wpływu na stan zdrowia i sprawność życiową starszego człowieka, wykorzystuje informacje dotyczące wymienionych trzech sfer.

Zgodnie z tą zasadą, wstępując na drogę diagnostyki geriatra może wyeliminować pierwsze błędne rozpoznania otępienia. Miarą zdrowia człowieka jest zdolność do funkcjonowania, a celem postępowania geriatrycznego jest nie wyleczenie, ale podtrzymanie tej zdolności jak najdłużej, dla uniknięcia niedołąstwa. Rutynowa lekarska ocena poszczególnych narządów i układów nie daje oceny funkcji. Ograniczenia funkcjonalne, będące skutkiem różnych schorzeń, jak i samego procesu starzenia, są dużo większym problemem niż poszczególne jednostki chorobowe. Dlatego prawidłowa ocena geriatryczna pacjenta zawiera ocenę ograniczeń czynnościowych powtarzaną w odstępach czasu.

Dla uzyskania jak najdokładniejszej orientacji w tej sprawie, stosuję w swojej pracy specjalny kwestionariusz zawierający m.in. ocenę sprawności w zakresie podstawowych i instrumentalnych czynności dnia codziennego

[ADL, IADL wg Katza]. Do wstępnej oceny stanu psychicznego pacjenta i różnicowania pacjentów otępiiałych od osób bez demencji - najbardziej przydatna w pracy geriatry wydaje się być skala *Mini Mental State Examination* (MMS) wg Folsteinów. Do jej niewątpliwych zalet należą krótki czas badania i łatwość posługiwania się. Skala ta zwracając uwagę lekarza na możliwość toczącego się procesu otępiennego jest bardzo przydatna dla identyfikacji grup zagrożonych.

Kolejną kwestią warunkującą skuteczność geriatry w poszukiwaniu pacjentów "z pogranicza normy" jest czujność i uwrażliwienie na problematykę otępienia. Powodują one, że patrzy się na każdego pacjenta w sposób szczególnie wnikliwy. Dopiero uczestnicząc w prowadzonych przez Prof. Bilikiewicza i jego współpracowników badaniach ankietowych zdobyłam tę umiejętność. Wcześniej przyjmowałam zgłaszane przez pacjentów dolegliwości dosłownie i reagowałam na nie w sposób typowy. Nie zagłębiając się w poszukiwania na innych pokładach, nie miałam dostatecznej orientacji co do rozpowszechnienia otępienia nawet w grupie znanych mi pacjentów. Ta szczególna umiejętność stanowi nie tylko oczywistą korzyść dla pacjentów, ale czyni pracę lekarza ciekawszą i bardziej pasjonującą.

Do wczesnego rozpoznawania procesów otępiennych bardzo istotna jest postawa geriatry w czasie pierwszego kontaktu z pacjentem.

Często pierwsza reakcja, pierwsze "podanie ręki" pacjentowi jest najbardziej potrzebnym mu lekiem - bo otwiera drogę i motywuje do dalszego wspólnego wysiłku. Przychodzący do geriatry starzejący się człowiek pełen trosk i obaw przed uzależnieniem ma często trudności z wyartykułowaniem swoich dolegliwości. Płatanina skarg i niecharakterystycznych objawów, które słyszymy w czasie pierwszej rozmowy - to tylko "wierzchołek góry lodowej". Najmniejszy przejaw naszej bezradności czy próba ośmieszenia jego trosk - to bezpowrotna utrata pacjenta i niewybaczalny błąd. Aby spełnić nadzieję chorego trzeba być

także psychologiem, nie tylko lekarzem. Należy wykazać cierpliwość, empatię i gotowość przyjścia z pomocą, nawet wtedy, kiedy troski pacjenta wykraczają poza ściśle medyczne problemy. Największym sukcesem takiego "pierwszego spotkania" jest nie tyle rozpoznanie choroby, pierwsza recepta, ale błysk w oczach wychodzącego pacjenta, oznaczający, że do nas wkrótce powróci.

Uzyskany w pierwszym spotkaniu niejasny i niekompletny wywiad, powinien być przez geriatrę cierpliwie uzupełniany kolejnymi wypowiedziami chorego i członków rodziny. Cały szereg dociekań pozwala w końcu ustalić rodzaj dysfunkcji i ich pochodzenie.

Wykorzystując swoje odmienności warsztatowe - geriatra całą energię powinien poświęcić na rzetelne rozeznanie sytuacji zdrowotnej pacjenta. Dla rehabilitacji np. istotne jest, które z dysfunkcji starego człowieka są skutkiem procesu otępiennego, które skutkiem starzenia, a które - równoległych schorzeń somatycznych czy uwarunkowań życiowych. Praca włożona przez geriatrę w wyjaśnienie wstępnej sytuacji jest istotna dla komunikacji z psychiatrą, neurologiem czy rehabilitantem. Oszczędza czas innych specjalistów i czyni ich pracę efektywniejszą.

Jakie błędy można wyeliminować na etapie poradni geriatrycznej?

W okresie początkowym, ważne jest odróżnienie objawów choroby od normalnego stanu psychiki starzejącego się człowieka. Niedosłuch, niedowidzenie, zdenerwowanie, niezradność fizyczna często zmuszają osoby w wieku zaawansowanym do korzystania z pomocy osoby drugiej. Te sytuacje, jak również zmiany w psychice starzejącego się człowieka (schizotypia, introwersja, zwiększona podejrzliwość), sprzyjają zbyt pochopnemu rozpoznawaniu otępienia. Nadużywanie tego rozpoznania często świadome (np. w celu spowodowania umieszczenia w domu opieki społecznej), zapoczątkowuje mechanizm błędnego koła w zdrowiu ludzi starszych. Doprowadza do rozwoju współlistniejących chorób,

zaniedbania, obniżenia zdolności psychofizycznych i odbiera choremu wszelką motywację do walki o niezależność.

Z drugiej strony - pacjenci, szczególnie ci wykształceni, posługujący się bogatym słownictwem, mimo świadomości zaczynających się kłopotów, potrafią mobilizować się i długi czas pozorować prawidłową sprawność umysłową. Może więc dojść do przeoczenia otępienia.

Kolejna "pułapka" - to charakterystyczny dla pacjentów geriatrycznych "brak rezerw" narządowych. W obliczu zagrożenia spowodowanego stresem, chorobą somatyczną lub niefortunnie podanym lekiem, jedyną reakcją kliniczną może być zamącenie świadomości czy otępienie.

Ten etap pracy diagnostycznej może być z powodzeniem prowadzony przez geriatrę. Polega on na dokładnym badaniu somatycznym z wykorzystaniem wszystkich możliwości diagnostycznych, zgodnie z "biologicznym" wiekiem pacjenta, bez zaniedbań wynikających z jego "wieku kalendarzowego" lub "negatywnego nastawienia" w przypadku schorzeń przewlekłych.

Oto kilka przykładów

Pacjentka (75 lat) trafiła do poradni z narastającymi od roku objawami depresji, otępienia i uporczywymi zaparciami, które zmusiły rodzinę chorej do szukania pomocy w szpitalu. Niemożność wykonania wlewu doodbytniczego zapoczątkowała wizję guza jelita grubego i plany wykonania przetoki, upewniając chorą i rodzinę w beznadziejności sytuacji. Rzeczywistą przyczyną stanu chorej okazała się głęboka niedoczynność tarczycy z poziomami hormonów: TSH - 65,6 nU/ml, T3 - 0,7, T4 - 20 nmol/l.

Pacjentka przyjmująca od 2 lat zgodnie z zaleceniem lekarza małe dawki Diaprelu, powróciła samowolnie, z powodów finansowych, do przyjmowanego kiedyś Chlorpropamidu. Niekontrolowane stany hipoglikemii

doprowadziły do wystąpienia objawów otępienia.

Niewidomy pacjent (80 lat) do niedawna funkcjonujący w swoim środowisku domowym, trafił do poradni geriatrycznej z powodu narastających od miesiąca dolegliwości - nudności, jadłowstrętu, zaparcie, zaburzeń orientacji i spowolnienia myślowego. Perspektywa ostatecznej utraty samodzielności zdecydowała o próbie przeniesienia chorego do domu opieki społecznej. Powodem pogarszającego się stanu okazała się hipokaliemia (K^+ 2.4 mEq/l), spowodowana niejedzeniem, stosowaniem leków przeczyszczających i Furosemidu.

Analizując odwracalne przyczyny demencji należy zachować szczególną czujność w poszukiwaniu nowotworów pod maską otępienia.

Pacjentkę skierowano z rejonu z rozpoznaniem zespołu otępiennego celem wykonania kroplówek poprawiających krążenie. Nie weryfikując rozpoznania realizowano kurację. Przeprowadzono też dwie pełne emocji rozmowy z dziećmi chorej - dotyczące konieczności organizacji opieki i perspektyw na najbliższe lata. Kilka dni później u pacjentki pojawiła się żółtaczka z powodu zmian metabolicznych w wątrobie.

Od tego czasu rozszerzyłam zakres badań dodatkowych i konsekwentnie go realizuję.

Sopocka poradnia geriatryczna zlokalizowana jest w budynku, w którym mieści się też laboratorium, zakład RTG, USG, a także liczne gabinety specjalistyczne. Daje to pacjentom szansę wszechstronnej oceny. Diagnostyka u pacjenta geriatrycznego jest często fascynującym zadaniem, ale tylko uzupełniający się w swoich umiejętnościach interdyscyplinarny zespół jest w stanie rozszyfrować mozaikę dolegliwości starego człowieka i pomóc mu w jego cierpieniu.

Doświadczenia w terapii otępienia

Coraz większa liczba tzw. leków geriatrycznych i niekończące się poszukiwania rodzin

chorych, doprowadzają często do rozczarowań i pogorszenia sytuacji. Stąd bardzo istotne jest aby precyzyjnie ustalić *realistyczny cel terapii*. Wyznaczyć go trzeba indywidualnie i przy współudziale opiekunów. Najkorzystniejsza wydaje się być zasada: "jeden problem - jeden lek", aby móc ocenić jego skuteczność. Stosowanie dużej liczby leków jest nie tylko niecelowe, ale bywa szkodliwe.

Sopocka poradnia geriatryczna dysponuje czterołożkową salą chorych. Dużym ułatwieniem dla ciężko chorych pacjentów są możliwości transportowe. Coraz większą przeszkodą w kontynuowaniu terapii są rosnące ceny leków. Najczęściej celem planowanego leczenia jest poprawa krążenia mózgowego.

Skuteczność terapii jest różna. Im wcześniejsza faza choroby (tym samym im mniej uszkodzony jest o.u.n.), tym wydaje się być większa. U niektórych pacjentów uzyskuje się poprawę aktywności, nastroju lub przejściowe ułatwienie kontaktu. Dość często obserwowanym efektem jest zmniejszenie zawrotów głowy, co chociaż pośrednio ułatwia pielęgnację w domu. Częstym spostrzeżeniem jest fakt, że chorzy w trakcie 2-4 tygodni trwającego leczenia bardzo się mobilizują. Jeden z pacjentów całe popołudnia dobierał sobie ubrania i poddawał się dużo chętniej zabiegom pielęgnacyjnym. Może ta mobilizacja bardziej pacjentom pomaga niż podawane w kroplówkach preparaty?

Istotną szansą *poprawy jakości życia* pacjentów z demencją jest staranne leczenie współistniejących chorób somatycznych i ich następstw. Pozwala to nieraz osiągnąć poprawę sprawności intelektualnej. Pacjenci ci albo nie zgłaszają skarg, albo skargi ich są interpretowane przez opiekunów nieadekwatnie do sytuacji. "Nadopiekuńczość" niektórych prowadzi do niepotrzebnych niepokojów, a zobojętnienie innych - do przeoczenia np. wrzodu żołądka, czy zapalenia płuc. Stąd konieczność systematycznych badań kontrolnych, przeprowadzanych częściej niż u innych pacjentów. Dobrze jest poznać dokładnie przeszłość chorobową pacjentów z otępieniem, żeby móc

skuteczniej analizować podawane przez opiekunów informacje.

Najczęstsze schorzenia przytrafiające się obserwowanym przeze mnie pacjentom, to: infekcje dróg moczowych, przewodu pokarmowego i płuc, kamica pęcherzyka żółciowego, choroba wrzodowa żołądka, zmiany skórne.

W leczeniu współistniejących schorzeń ważny jest rodzaj stosowanych leków. Często stosowane w praktyce internistycznej klasyczne leki: hipotensyjne (beta-adrenolityki, rezerpina), blokujące receptory H₂ (cymetydyna, ranitydyna), długo działające benzodiazepiny (diazepam, nitrazepam), leki niesteroidowe przeciwzapalne (piroksykam, fenylobutazon) powodują u pacjentów w podeszłym wieku pogorszenie czynności o.u.n.

Analiza stosowanych leków i zastąpienie ich innymi - daje czasem korzystne efekty. Wśród leków hipotensyjnych wzorcową grupą leków wydają się być mające wiele innych zalet blokery kanału wapniowego. Jak najdłuższe kontrolowanie współistniejących z otępieniem problemów w warunkach ambulatoryjnych - to ochrona tych pacjentów przed hospitalizacją.

W Zakładzie Fizykoterapii Sopockiego ZOZ wprowadzono od roku nową formę tzw. *rehabilitacji domowej*. Może to okazać się wielką szansą dla pacjentów z otępieniem.

Udanym eksperymentem okazała się działająca od 3 lat *muzykoterapia*. Prowadzona jest przez dyrektora Szkoły Muzycznej - wybitnego muzyka, psychologa i przyjaciela ludzi starszych. Nazywana jest przez pacjentów "Doktorem duszy". Dużą trudnością było początkowo kryterium przydzielania pacjentów do grupy. Mimo istnienia różnorodnych testów i precyzyjnych technik diagnostycznych - trudno o jednorodną klasyfikację pacjentów geriatrycznych, ponieważ charakterystyczne dla tej grupy jest zjawisko nakładania się różnych stanów - określonych jako wczesna demencja, depresja, zaburzenia osobowości, pamięci, psychonerwica. Kryterium, jakie dotychczas stosowałam, był stan pewnego kryzysu

w indywidualnym procesie starzenia się. Okazuje się, że w tym krytycznym stanie możliwa jest interwencja - poprzez życzliwość, przychylność i pewną stabilizację.

O zaletach muzykoterapii przekonywali już Pitagoras i Eskulap. Muzyka potrafi leczyć psychikę - swoją harmonią, melodią i rytmem. Daje redukcję napięcia nerwowego, ułatwia resocjalizację i daje motywację do nadzwyczajnych wysiłków. Bardzo istotne jest, aby dowiedzieć się, jaki rodzaj muzyki chory lubił. Wielkim uproszczeniem i nieprawdą jest, że wszyscy starsi ludzie lubią jednakową muzykę. Pacjenci z otępieniem - stosunkowo długo, mimo postępów choroby, potrafią komunikować się poprzez taniec, śpiew i muzykę. Dobrze jest więc stworzyć im szansę podtrzymywania tej formy uzewnętrzniania się.

W ramach kolejnych poszukiwań podjęto próbę zorganizowania chorym z otępieniem *kilku godzinnych zajęć terapeutycznych* na bazie Dziennego Domu Pobytu w Sopocie. Doświadczenie zakończyło się niepowodzeniem, a jego przyczyny to: trudności w transportowaniu chorych, brak profesjonalnych wzorców terapii i fachowego przygotowania terapeutów, nieufność opiekunów wobec amatorskich poczynań. Dużo bardziej korzystne okazało się przyłączenie kilku chorych z demencją do 30-osobowej grupy stałych pensjonariuszy Dziennego Domu niż tworzenie dla nich nowej struktury.

Ważnym aspektem pomocy chorym z otępieniem jest *troska o ich opiekunów*. Czuwanie nad ich stanem zdrowia, ułatwianie kontrolnych badań - to dla nich cenna okoliczność. Najczęściej spotykane wśród opiekunów problemy to choroba wieńcowa, choroba wrzodowa, depresja i zespoły korzonkowe. Jednak chorobą, którą przychodzą do poradni leczyć najczęściej jest samotność. Niezaspokojona potrzeba mówienia, wypowiedzenia swej niedoli i rozpaczy, wyczuwalna jest w momentach, kiedy wpadają do gabinetu po receptę na lek uspokajający. W trakcie tych spotkań głównie mówią, innym razem - potrzebują porad. Nawet najbardziej troskliwi opiekunowie

popołniają czasami błędy, np. tłumacząc i poprawiając swoich chorych. Nasila to protest i agresję, jako że podstawowym mechanizmem obronnym w otępieniu jest zaprzeczanie własnemu upośledzeniu. Cierpliwe wyjaśnienie istoty schorzenia, jego przebiegu i najkorzystniejszych zachowań - jest dla nich pomocą. Wszyscy się dzisiaj spieszymy, ale ich czas mierzony jest jakby innym zegarem.

Dla przyspieszenia pomocy dla nich zorganizowana jest tzw. skrzynka kontaktowa, głównie dla przekazywania recept i informacji, o które proszą. Dla ich wygody istnieje też wypożyczalnia sprzętu rehabilitacyjnego. Specjalną ofertą dla opiekunów chorych był przeprowadzony przez psychologów kurs, w ramach którego zaznajomili się oni z podstawowymi metodami psychorelaksacji. Taką formę pomocy opiekunowie ocenili jako bardzo przydatną.

Inny pomysł zorganizowano w ramach *promocji zdrowia*. Dwuosobowy zespół INTRY (psychiatra i psycholog) - opracował specjalny program w zakresie wiedzy i umiejętności psychologicznej dla pracowników służby zdrowia. Celem była umiejętność nawiązywania kontaktów z trudnymi pacjentami i umiejętność radzenia sobie z napięciami płynącymi z pracy zawodowej. Uczestnicy tego trzystopniowego kursu bardzo wysoko ocenili korzyści z nabytych umiejętności. Od tego momentu - na twarzach pracowników rzeczywiście częściej można zobaczyć uśmiech, rzadziej - zniecierpliwienie.

W poszukiwaniu skutecznych w geriatryi receptur natknęłam się kiedyś na artykuł dotyczący niemieckich i amerykańskich doświadczeń w zastosowaniu *zwierząt domowych w charakterze "leków"*. Autorzy określają terapeutyczne działanie zwierząt domowych jako redukujące stres, antydepresyjne, pobudzające krążenie, a poza tym dające motywację do aktywizacji. Jako główne wskazania wymieniają: samotność, depresję i otępienie. Zwierzęta stanowią w tych stanach namiastkę utraconych stosunków międzyludzkich.

Największą zaletą psa w terapii, wg prof. Erharda Olbricha z Uniwersytetu Erlangen jest, że broni się przeciwko atakom starych ludzi, traktując ich reakcje jako "swoisty sposób bycia". Skromne uzewnętrznianie się starych ludzi, mało atrakcyjne dla innych osób, jest przez psa zawsze akceptowane. Ta właśnie akceptacja i zwykła przychylność małego zaufanego przyjaciela daje ludziom starym więcej satysfakcji niż pretensjonalne stosunki międzyludzkie. Tzw. "pies odwiedzający", towarzyszący lekarzowi, pomaga pacjentom z demencją w rozpoznawaniu go. Klatka z ptakiem - umieszczona przy drzwiach do toalety - to "punkt orientacyjny" pomagający pacjentom z demencją w orientacji.

Przypadkowo - u dwóch moich podopiecznych pojawił się w rodzinie pies (w pierwszym przypadku - to prezent od dzieci, w drugim - to organizacyjna konieczność). Z czystej ciekawości - pamiętając o wspomnianym artykule - śledziłam obie sytuacje. Mimo wielu dodatkowych kłopotów - w obu przypadkach fantastycznie "uzdrowił" on sytuację. Jest lekiem dla chorego i dla opiekuna. Żona chorego tak określa rolę nowego współtowarzysza niedoli: "... zastępuje mnie, kiedy muszę wyjść, alarmuje w sytuacjach niebezpiecznych, jest

największym przyjacielem mojego chorego męża, a dla mnie - od dawna oczekiwanym kimś, kto mnie słucha i rozumie. Inaczej - zapomniałabym słów...".

Pacjenci "o siwych skroniach" - często przychodzą do geriatry po optymizm. Celem tej metody jest ustalenie pewnego klinicznego stanu dzielności. Czy tę szczególną metodę terapeutyczną można zastosować w odniesieniu do pacjentów z demencją? Myślę, że zawsze można dać pacjentowi jakąś nadzieję. Nie mogąc dać nadziei na uzdrowienie - można oferować mu coś bardziej realnego - zapewnienie, że chce się do końca mu towarzyszyć, pomagając znosić jego sytuację. To także lekarstwo, które można zastosować w poradni geriatrycznej.

PIŚMIENNICTWO

1. Hamdy R.C. Geriatric Medicine. A problem - oriented approach. Bailliere Tindall 1984.
2. Herberhold C.: Die Welt. Bonn 23.02.91
3. Janicki P.K., Rewerski W., Szreniawski Z.: Problemy farmakologii klinicznej w geriatryi. Polski Tygodnik Lekarski 1987, t. XLII, nr 51-52.
4. Krzymiński S.: Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego. PZWL, Warszawa 1993.
5. Żakowska-Wachelko B., Pędich W.: Pacjenci w starszym wieku. PZWL, Warszawa 1993.

Adres: Lek. Dorota Ussorowska, ul. Lukrecjowa 40B/18, 81-589 Gdynia