



Znaczenie zaburzeń psychotycznych u osób starszych i osamotnionych – dylematy związane z wyborem technik terapeutycznych i rodzajów interwencji w świat pacjenta

Psychotic disorders in lonely and elderly people – problems with choosing appropriate therapeutic techniques and interventions into the patient's world

KATARZYNA MAJCHRZAK

„Przystań”, Stowarzyszenie Działające
na Rzecz Osób Chorych Psychicznie i ich Rodzin w Katowicach

STRESZCZENIE. *Cel.* Pacjenci w wieku podeszłym, cierpiący na zaburzenia psychotyczne, samotni i opuszczeni są grupą licznie reprezentowaną w obszarze oddziaływania psychiatrii środowiskowej. Piśmiennictwo dotyczące leczenia i rehabilitacji tych pacjentów jest dość ubogie – starość w „nowoczesnych” czasach nie jest tematem mile widzianym. Celem tego tekstu jest przybliżenie dylematów związanych z leczeniem pacjentów starych i samotnych ze względu na specyficzne znaczenie i charakter ich choroby. **Opis przypadku.** Ilustracją jest opis przypadku 70-letniej pacjentki, chorującej na zaburzenia urojeniowe, której objawy, sytuację życiową a także przebieg leczenia można uznać za typowe dla pewnej grupy pacjentów w wieku podeszłym, żyjących w samotności. Stan pacjentki pozwalał na podjęcie kontaktu w miejscu zamieszkania i nie uzasadniał konieczności podjęcia działań wbrew jej woli. **Komentarz.** Pomoc psychologiczna i psychiatryczna osobom starszym i osamotnionym powinna uwzględniać szerszy kontekst, w jakim występuje u nich choroba psychiczna i powinna być w miarę możliwości dostosowana do etapu życia, możliwości i specyficznych ograniczeń tych pacjentów. Czasami – być może – wyleczenie objawów choroby psychicznej nie jest najważniejszym, co dla starego człowieka można zrobić.

SUMMARY. *Aim.* Numbers of lonely and abandoned elderly patients suffering from psychotic disturbances are on the subject of community psychiatry. The literature on the treatment and rehabilitation options in these patients is relatively poor suggesting that this subject is of no interest. The aim of the present study was to discuss a treatment dilemma in elderly and lonely patients. **Case report.** A 70 year old woman with delusions illustrates a typical situation of elderly and lonely people dealing with everyday problems related to mental illness and the treatment options of this disease. Both somatic and mental state of the presented woman was good enough to get in touch with her in the place of residence. There were no reasons to act against her will. **Comment.** Both psychiatric and psychological aid to the elderly ought to cover as many variables as possible. Environmental, social, cultural and related to the age factors should be taken into account. Thus, the effective pharmacological treatment of some psychopathological symptoms is not the only therapeutic option that can be offered to the elderly.

Słowa kluczowe: choroba psychiczna / psychogeriatrya / psychiatria środowiskowa

Key words: mental illness / psychogeriatry / community psychiatry

Problem, który chcę poruszyć dotyczy dylematów bliskich głównie osobom zajmującym się psychiatrią środowiskową. Myślę tu

o osobach, których zadaniem jest odszukiwanie, osvajanie i przywracanie społeczeństwu ludzi, którzy w wyniku historii swego życia,

bezlitosnych zbiegów okoliczności i choroby psychicznej znaleźli się poza jego marginesem. Ale nie chcę zajmować się tutaj wszystkimi przypadkami. Chciałabym poświęcić trochę miejsca ludziom starsym i samotnym. Tym, którzy większość życia spędzili żyjąc i pracując wraz z innymi, których życie zrazu układało się zgodnie z ogólnie przyjętym porządkiem społecznym. Nic nie wskazywało na to, że w przyszłości ich życie stanie się przedmiotem rozważań i działania psychologów czy psychiatrów. Można oczywiście zastanawiać się, jakie uwarunkowania psychopatologiczne, związane z osobowością i wczesnymi doświadczeniami z dzieciństwa doprowadziły do tego, ale materiał ze wspomnień jest często słabo dostępny lub ma wartość jedynie poznawczą, gdyż ze względu na wiek pacjentów nie ma tu już mowy o psychoterapii *sensu stricto*.

Chciałabym więc żebyśmy zatrzymali się chwilę nad sensem i znaczeniem zaburzeń psychotycznych, które pojawiają się u osób starych i mogą być reakcją między innymi na samotność i utratę bliskich więzi.

OPIS PRZYPADKU

Ilustracją niech będzie opowieść o jednej z pacjentek, która jako pierwsza zainspirowała mnie do tych przemyśleń. Pracownik socjalny poprosił o konsultację u 72-letniej pacjentki, która codziennie odwiedzała MOPS i opowiadała historie o siostrzeńcu uprzykrzającym jej życie. Wypowiadane treści były coraz bardziej dziwaczne, powstało więc podejrzenie choroby psychicznej. Potwierdzały to sygnały od sąsiadów pacjentki – obawiali o swoje bezpieczeństwo w związku z dziwnymi odgłosami, jakie dochodziły w nocy z jej mieszkania.

W trakcie pierwszej wizyty długo czekałam po drzwiach, nasłuchując dźwięków jakiegoś wchodzenia, towarzyszyły wpuszczaniu mnie do domu. W drzwiach ukazała się malutka starszuszka, ubrana w szykowną garsonkę z lat 70-tych, w peruce, zaprosiła mnie do środka

i zasypała opowieściami o niegodziwej aktywności swego siostrzeńca, który zakrada się do niej w nocy, by wyjadać z lodówki, złośliwie bałaganić, a nawet czynić awanse w tej relacji mocno nieprzyzwoite. Wyjaśniło się też pochodzenie tajemniczych odgłosów. Na noc pacjentka przysuwała do drzwi nocną szafkę, na niej ustawiała dużą miednicę z wodą, a całość zabezpieczała podpierając drzwi blaszanym wiadrzem nadzianym na kij od miotły. Konstrukcja ta miała za zadanie zbudzić pacjentkę, gdyby w nocy ktoś próbował wejść do mieszkania. Każdego wieczora i ranka poświęcała ponad godzinę na montowanie i usuwanie coraz bardziej pomysłowych pułapek i zabezpieczeń, chowanie jedzenia i cennych przedmiotów – wszystko bezskutecznie. „Siostrzeniec” pojawiał się, niezawodnie omijając barykady i dając pacjentce temat do opowiadań i rozmyślań na cały następny dzień. Starsza pani była wdową, emerytką, nie miała dzieci, ponieważ na skutek ran wojennych mąż był bezpłodny. Lata wdowieństwa spędzała opiekując się niedowidzącą siostrą aż do momentu, gdy ze względu na stan zdrowia siostra zamieszkała u córki. Wtedy w życiu pacjentki pojawił się „siostrzeniec”. Stopniowo, gdy uczucie izolacji i bycia nikomu już nie potrzebną się pogłębiało – urojony świat wypełniał coraz bardziej jej życie. Korzystała z posiłków w dziennym domu pomocy społecznej i zaadaptowała się do grupy, jednak w miarę rozwoju choroby coraz bardziej wycofywała się z kontaktów społecznych a okresowo nieco zaniedbywała higienę.

Od pierwszego spotkania pacjentka zaakceptowała moją obecność. Miałam dla niej dużo czasu i chętnie wysłuchiwałam jej opowieści uznając, więc, że może mi zaufać. Pierwszą sugestią dotyczącą leczenia stanowczo odrzuciła twierdząc, że nigdy nie chorowała, więc nie widzi takiej potrzeby. Relacja rozwijała się jednak dalej i gdy ponownie zaproponowałam konsultację psychiatryczną (bo martwię się, że „nerwy ma przez siostrzeńca zszarpane”) zgodziła się. Przepisane leki należało podawać 3 razy dziennie. Do

momentu gdy pacjentka wyrobiła w sobie nawyk ich przyjmowania zespół, w którym pracowałam zaangażował się w wypracowanie w niej tego nawyku. Nasza relacja toczyła się dalej i z czasem opowieści o nocnych ekscesach zaczęły tracić barwność, zabezpieczenia w mieszkaniu nie były już tak pomysłowe, mniej czasu zajmowało ich ustawianie. Pacjentka była coraz spokojniejsza, dobrze spała, stała się mniej uciążliwa dla otoczenia, objawy ustępowały. Gdzieś przy okazji zatracała się jednak pasją z jaką dawniej walczyła o siebie. Pacjentka bladła i nikiła w oczach. Pewnego poniedziałku nie otworzyła drzwi a od sąsiadki dowiedziałam się, że zasłabła i została odwieziona do szpitala. Przez niko- go już nie niepokojoła, smutna i samotna zmarła po dwóch tygodniach.

KOMENTARZ

Przykład ten może wydawać się nieco sentymentalny czy banalny. Można powiedzieć, że nie ma się tu nad czym zastanawiać, że w tym wieku... i że nic innego nie można było zrobić. Można stwierdzić, że pacjentka miała doگریwać w chaosie, w którym mieszkała, zmarła w godnych, ludzkich warunkach, otoczona opieką.

I będzie to prawda, ale prawda w porządku rozumu, prawda racjonalna. Jej istnienie sprawia, że możliwe jest niejednokrotnie, podejmowanie działań wbrew woli pacjenta. Jednak to, co powoduje, że poruszam ten temat – to porządek serca. Pacjent to konkretny człowiek, z którym nawiązuje się kontakt i który czasem jest szczęśliwy w swojej chorobie, bo o niej nie wie. Wiek powoduje, że jest zbyt schorowany, by siły pozwalały mu opuszczać dom i zbyt dotknięty złymi doświadczeniami w życiu społecznym, by możliwe było podejmowanie nowych kontaktów. Nie bez znaczenia jest struktura osobowości pacjenta i z moich doświadczeń wynika, iż osoby o których mówię nie miały łatwości w nawiązywaniu bliskich znajomości, z trudem znosiły zależność, nie tolerowały własnej

słabości, lubiły mieć kontrolę nad własnym życiem i nic nikomu nie zawdzięczać. Jeżeli dodać do tego właściwą dla wieku mniejszą elastyczność procesów poznawczych, osłabienie kontroli nad impulsami agresywnymi i seksualnymi, wyostrenie przedchorobowych cech charakteru, obniżenie krytycyzmu i negatywny bilans życiowy, widzimy osobę względnie niezdolną do powrotu do satysfakcjonującego życia społecznego.

I tutaj może pojawiać się miejsce dla choroby psychicznej. Stanowi ona jedyne dopełnienie porażającej, bezcelowej pustki jaką wypełnia godzina po godzinie całą dobę, tygodnie, miesiące. Całą wieczność starego, samotnego człowieka. Urojenia, które nigdy nie zawodzą. Nie są zbyt zajęte, ani zmęczone, nie odchodzą po chwili zdawkowego kontaktu, nie zostawiają go samego w nocy, gdy tak trudno zorientować się w świecie, którego kontury są słabo widoczne. Urojenia, które choć najczęściej nie są przyjazne – dają poczucie stałego kontaktu z kimś lub czymś dla kogo jest się ważnym. Dzięki ich istnieniu chory odzyskuje – choć brzmi to paradoksalnie – poczucie bezpieczeństwa, a niejednokrotnie sens życia i motywację do walki o siebie. I tak długo, jak długo ten cel jest – warto żyć. Na drugi plan schodzą dolegliwości somatyczne, tak licznie obecne zwykle w wieku starczym. I wielu znanych mi przypadkach wyleczenie zaburzeń psychotycznych u tych pacjentów leczy również ostatni cel ich istnienia.

Jeśliby odwołać się do teorii analitycznej i w niej szukać wyjaśnienia tego fenomenu, można stwierdzić, że w wyniku utraty ważnej, nierzadko ostatniej istotnej więzi w życiu pacjenta pojawia się bardzo pierwotny lęk separacyjny (lub nawet anihilacyjny) związany z groźbą utraty obiektu, a zatem grożący istnieniu „ja”. Wobec takiego zagrożenia ego uczynnia takie adekwatne do rodzaju lęku mechanizmy obronne, jak projekcja i identyfikacja projekcyjna, w wyniku których następuje wyrzucenie na zewnątrz agresji i osadzenie jej w obiekcie prześladowczym. Pozwala to na utrzymanie integracji,

ale przede wszystkim chroni przed lękiem. Pacjent zachowuje złudzenie pozostawania w relacji z obiektem, a jej podtrzymanie staje się być może ostatnim bastionem sensu istnienia. Po utracie obiektu osłabione wiekiem ego nie ma już dłużej siły bronić „ja” przed atakami lęku i otwierają się drzwi, za którymi czeka śmierć. Kępiński pisał, że: „w starości, podobnie jak w sytuacjach granicznych (np. obozu koncentracyjnego), a także w niemowlęctwie, zatem gdy życie rozgrywa się na krawędzi śmierci, dramatycznie ujawnia się zjawisko jedności psychofizycznej. Załamaniem się psychiczne jest wówczas równoznaczne z załamaniem fizycznym i nieraz prowadzi do śmierci” [1].

Dla osób zajmujących się opieką środowiskową, czyli dla tych, którzy niejednokrotnie podejmują decyzje dotyczące motywowania do podjęcia leczenia, wszczęcia procedury leczenia bez zgody czy umieszczenia w DPS świadomość tego, jaki sens ma dla starego człowieka choroba psychiczna rodzi różne dylematy. Dotyczą one sensu i celu podejmowania działań leczniczych; ich kierunku; oferty, jaką społeczeństwo ma do dania osamotnionym, starym ludziom „w zamian za urojenia”; A także sposobom radzenia sobie ze śmiercią pacjenta, a która pojawia się w pracy z tym typem pacjenta znacznie częściej niż w innych doświadczeniach terapeutycznych, pozostawiając poczucie bezradności i budząc pytania o sens tych interwencji.

W trakcie pracy spotkałam wiele osób starych, które cierpią w wyniku zaburzeń urojeniowych, wykonują wiele czynności zabezpieczających, żyją w konflikcie z sąsiadami lub są utrapieniem administracji ze względu na nedorzeczne skargi. Równocześnie dbają bez większych zastrzeżeń o swoje potrzeby życiowe, lecząc schorzenia somatyczne, prawidłowo się odżywiając, prowadząc nawet czasem bogate życie społeczne. Sugestie dotyczące konieczności podjęcia leczenia psychiatrycznego spotykają się z agresją z ich strony i groźbą zerwania kontaktu. I choć chorzy cierpią z powodu urojeń, a działania, jakie podejmują w reakcji na nie bywają cza-

sem ryzykowne dla ich zdrowia, to nie stanowią zagrożenia dla ich egzystencji a mają olbrzymie znaczenie homeostatyczne dla poczucia sensu i celu w życiu.

Ważnym aspektem podnoszonego przeze mnie problemu jest to, iż dla pacjentów starych oferta rehabilitacji społecznej z różnych przyczyn jest uboga. Składa się na to wiele czynników. To, że ze względu na niską dynamikę życiową, ograniczenia ruchowe, a czasem i poznawcze, małą ilość ról społecznych, jakie może podjąć człowiek stary adekwatną metodą pracy są wizyty domowe [2]. A te z przyczyn technicznych są bardzo ograniczone czasowo. To, że praca to bardzo obciążająca, bo potrzeby pacjenta są ogromne, trudno zachować dystans terapeutyczny – relacje są często bardzo osobiste, a praca nie przynosi spektakularnych efektów leczniczych, o ile przynosi jakiegokolwiek. To, że ludzie starzy stanowią słabe lobby finansowe, chociaż procentowo stanowią coraz większą część społeczeństwa [3]. Oraz to, że w dzisiejszym świecie nastawionym na kult młodości i sprawności mało jest miejsca i funduszy na opiekę nad tymi, którzy najlepsze czasy mają już dawno za sobą. Mało jest więc organizacji, które zawodowo lub społecznie zajmowałyby się osobami starymi w sposób inny niż opieka nad fizycznym aspektem ich istnienia.

Nie ma niestety w psychiatrii prostych odpowiedzi ani recept, jak postępować w poszczególnych wypadkach. Na pewno istotne wskazówki daje *Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego* [4], ważnym wsparciem jest zespół, w którym się pracuje, wspólnie omawia i podejmuje decyzje, można szukać wskazówek w literaturze, jednak większość dylematów rozstrzyga się wewnątrz osoby zaangażowanej w relację z konkretnym pacjentem. A relacja to specyficzna i trudna. Często polega bowiem jedynie na towarzyszeniu pacjentowi w drodze na której końcu jest śmierć i dbaniu, by droga ta była w miarę możliwości bezpieczna. Na pytanie jak pracować z pacjentami, którzy cierpiąc na zaburzenia psychotyczne odmawiają leczenia i nie jest konieczne podjęcie leczenia bez zgody,

odpowiem dzieląc się metodami, jakie wypracował zespół, w którym pracuję.

1. Wizyty w domu pacjenta powinny odbywać się o stałej porze i mieć z góry określony czas trwania. Pacjent czeka wtedy na coś co się na pewno wydarzy. Dobrze, by były one niezawodne, dlatego lepiej gdy z jednym pacjentem pracuje więcej niż jedna osoba. Więcej osób ma większą możliwość podjęcia działań w kryzysie czy buforowania chorób i urlopów personelu [5].
2. Tematykę wizyt wnosi zwykle pacjent a obecność terapeuty nastawiona jest na towarzyszenie mu w najróżniejszych wyprawach w świat przeszłości, marzeń, czasami urojeń. Często pacjent stara się, by kontakt umożliwił przekazywanie doświadczeń życiowych, odzyskując w ten sposób rolę społeczną, która dla tego etapu życia charakterystyczna [6]. Najważniejsze wydaje się tu podtrzymanie kontaktu by między innymi móc zadbać o pacjenta gdy choroba zaczyna zagrażać jego funkcjonowaniu.
3. Istotne dla samopoczucia pacjenta bywają czasem interwencje łagodzące konflikty z sąsiadami, edukujące i uspokajające otoczenie.
4. Indywidualizacja kontaktu, umożliwiają odstępstwa od powyższych reguł, jeśli czasem podtrzymanie satysfakcjonującego dla pacjenta kontaktu tego wymaga a nie narusza zbyt granic terapeuty.

Rozważania te chciałabym podsumować krótkim i być może obrazoburczym stwierdzeniem, że z wielu moich doświadczeń w pracy środowiskowej z osobami starszymi wynika, iż choroba psychiczna nie musi być złem w życiu pacjenta, a jej wyleczenie, nie musi być dobrem. Ocena jest zawsze trudna i zawsze wymaga wielopoziomowej diagnozy i dialogu z pacjentem. Dobrą ilustracją dla tych wątpliwości może być przewartościowana bajka Leszka Kołakowskiego („Bóg czyli względność miłosierdzia”) [7], której lekturę polecam.

PIŚMIENNICTWO

1. Kępiński A: Rytm życia; Sagitarius, Warszawa 1992
2. Chapman A: Leczenie zaburzeń emocjonalnych; Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich 1973
3. Parnowski T: Problemy w wieku podeszłym cz. 1 i 2, Czym zajmuje się psychogeriatrya?, www.psychiatria.online
4. Dąbrowski S, Pietrzykowski J: Ustawa o ochronie zdrowia psychicznego. Komentarz. IpiN, Warszawa 1997
5. Drozdowski P, Kokoszka A: Wprowadzenie do psychoterapii; Collegium Medicum UJ, Kraków 1993
6. Erikson E: Dzieciństwo i społeczeństwo; Dom Wydawniczy Rebis; Poznań 1997
7. Kołakowski L: Bajki różne, opowieści biblijne, rozmowy z diabłem; Iskry, Warszawa 1990

Adres: Katarzyna Majchrzak, Stowarzyszenie na Rzecz Osób Chorych Psychiczenie i Ich Rodzin, Katowice, email: katmajchrzak@poczta.onet.pl