

Człowiek starszy i jego potrzeby

Utrata autonomii?

- fizyczne i psychiczne aspekty wieku starszego

W procesie starzenia się największe obawy wzbudza utrata autonomii. W ostatnich latach utrwaliło się nieco paradoksalne stwierdzenie, określane trafnie w Stanach Zjednoczonych powiedzeniem: „Live long but die young” - „**Żyj długo, lecz umieraj młodo**”.

Możliwość prowadzenia samodzielnego życia stanowi nasze podstawowe prawo, o które – walczymy w naszych społeczeństwach, jednocześnie jednak prawo to okazuje się **fikcją**.

Jako jednostki społeczne jesteśmy w naszej autonomii ograniczani, we wszystkich fazach życia muszą być respektowane ograniczenia natury biologicznej i społecznej. Tak więc utrata autonomii wraz upływem procesu starzenia się jest sprawą względną. Jednakże samostanowienie w działaniu zostaje - na skutek dokonujących się w organizmie człowieka fizjologicznych i chorobowych procesów starzenia organizmu - w mniejszym lub większym stopniu ograniczone. Zwłaszcza czwarty wiek, jakim jest wiek podeszły, nakłada na nas, po fazie największej autonomii – jaką upajać się może dzisiaj w szczególności generacja wyżu demograficznego lat sześćdziesiątych i siedemdziesiątych – dające się przewidzieć stopniowe ograniczenia autonomii, wskazujące nieuchronnie na koniec naszego życia. Na etapie początkowym wiek i faza wieku podeszłego stanowią w obecnych czasach **zaletę i uzyskanie określonej autonomii**.

Dysponujemy dużym nabytym do tego momentu życia doświadczeniem, nawet jeśli w aspekcie społecznym nie jest już ono cenione tak wysoko, jak w dawnych czasach. Posiadamy różnorodną wiedzę oraz umiejętności i nadal możemy je z wiekiem poszerzać i pogłębiać. Mamy możliwość pozyskiwania nowej wiedzy i nowych doświadczeń.

Zmniejszają się nasze społeczne uzależnienia, życie zawodowe dobiegło końca, a zobowiązania rodzinne nie są już tak absorbujące, jak dawniej. Obecna generacja wyżu demograficznego w przeważającej części jest zdrowa i aktywna, dysponuje odpowiednimi emeryturami i może cieszyć się trzecim wiekiem swego życia.

Istotne ograniczenia fizyczne w procesie fizjologicznego starzenia się organizmu pojawiają się dopiero w wieku około 80 lat. Zmiany w procesach poznawczych dokonują się i stają się zauważalne wprawdzie już na początku okresu dorosłości (np. gra pamięcią, motoryka), jednakże u osób w wieku podeszłym rekompensowanie występujących deficytów staje się coraz trudniejsze. Perspektywa zbliżającego się kresu życia powoduje, że motywacja staje się słabsza.

Ograniczenia natury fizycznej odnoszą się do spadku masy mięśniowej, osłabienia funkcji w zakresie organów zmysłu i równowagi, niedoborów w sferze motoryki, następuje spowolnienie procesów motorycznych i poznawczych oraz występują coraz bardziej nasilające się ograniczenia w zakresie funkcjonowania organizmu.

Funkcje poznawcze, w szczególności wiedza ogólna oraz pamięć semantyczna, pozostają prawie nienaruszone. Jednocześnie, jak wykazano, osłabieniu ulega umiejętność dostosowania się w zakresie procesów poznawczych oraz pamięć krótkotrwała. Wraz z wiekiem większego trudu wymaga zapamiętywanie faktów.

W tym miejscu chodzi szczególnie o psychologiczne cechy procesu starzenia organizmu. Przykładowo znacznej redukcji ulega motywacja, a także brakuje zwykłej ciekawości. Znacznie rzadziej działają bodźce zewnętrzne. Często mamy do czynienia z brakiem zewnętrznej presji do zmian zachowań, która to presja kierowała nami w młodszych latach, gdy pracę zawodową musieliśmy harmonijnie połączyć z życiem rodziny; często wraz z wiekiem negujemy w ogóle konieczność zmian. Paul Baltes stworzył, na bazie berlińskiego studium wieku podeszłego, model efektywnego procesu starzenia się, bazującego na selekcji, optymalizacji i kompensacji.

Opracowanie to pragnę zilustrować tutaj przy pomocy niemieckich przysłów, mając przy tym nadzieję, że istnieją podobne porównywalne przysłowia w języku polskim. Obok koniecznej selekcji (w przysłowiu: „Nie chwytaj dwóch srok za ogon!”) dokonano również skutecznej optymalizacji istniejących umiejętności („Ćwiczenie czyni mistrza!”). Równocześnie jednak istnieje konieczność kompensacji fizjologicznych ograniczeń („Jeśli brakuje wiatru, sięgnij do wiosła!”). Baltes często przytaczał przykład Artura Rubinsteina, który swój ostatni koncert dał w wieku lat 93.

Dla procesu starzenia charakterystyczna jest również kumulacja czynników patologicznych, które – oprócz ograniczeń fizjologicznych, prowadzą do chronicznych chorób układu sercowo-naczyniowego, mają wpływ na zaopatrzenie mózgu w krew, a także układ mięśniowy. Udar mózgu, zawał serca, a także niewydolność serca, spowodowane czynnikami ryzyka na tle naczyniowym, jak np. nadciśnienie i cukrzyca oraz chroniczna obturacyjna choroba płuc stanowią w geriatrici najczęściej występujące schorzenia i są najczęstszą przyczyną śmierci.

Choroby zwyrodnieniowe na tle nerwowym oraz demencje, jak np. choroba Parkinsona i Alzheimera, mające związek z wiekiem, występują obecnie częściej, co jest skutkiem wydłużonego średniego czasu trwania życia. W Republice Federalnej Niemiec – na podstawie obecnej tendencji sytuacji demograficznej - oczekujemy do roku 2050 - podwojenia liczby chorych na demencję starczą do liczby ponad 2 milionów osób.

W wieku starszym również choroba Parkinsona wykazuje tendencję rosnącą, a w przypadku choroby objawiającej się dość późno demencja jest nasiloną i postępuje szybciej. Największym zagrożeniem dla takich pacjentów stanowią przypadki upadnięć i brak możliwości samodzielnego poruszania się. Jeśli chodzi o dysfunkcje w zakresie procesów poznawczych, najczęściej mamy do czynienia ze spowolnieniem funkcji, umiejętności dostosowawczych oraz wykonawczych.

Wieloczynnikowa etiologia i ścisła współpraca w celu kompensacji deficytów poszczególnych organów ciała to obecnie wymogi wysokiej jakości interdyscyplinarnej i profesjonalnej opieki medycznej. Właśnie w przypadku pacjentów w mocno zaawansowanym wieku demencja komplikuje często zapewnienie właściwej opieki medycznej oraz pomocy natury psychosocjalnej i stanowi tym samym zagrożenie dla sukcesu ewentualnej terapii medycznej.

W przebiegu demencji spowodowanej chorobą Alzheimera otrzymanie możliwości samodzielnego funkcjonowania jest uzależnione od wcześnie postawionej diagnozy. Właściwe leczenie może spowolnić przebieg choroby, zainicjować aktywację procesów poznawczych i trening samodzielności, a także zaoferować długoterminowe leczenie powiązane z psychoterapią i pomocą psychosocjalną. Dzięki postawieniu właściwej diagnozy zarówno pacjenci, jak i ich rodzina, otrzymują szansę lepszego uporania się z problemem choroby, w miarę szybko mogą przygotować pomoc i wsparcie, a także mają możliwość zapewnienia chorym bieżącej opieki oraz zaplanowania opieki w dłuższej perspektywie czasowej. Diagnostyka i terapia neuropsychologiczna umożliwiają szczególne wsparcie, jeśli chodzi o zaburzenia pamięci świeżej (krótkotrwałej), umożliwiają także indywidualne treningi służące utrzymaniu na właściwym poziomie funkcji zapamiętywania. W przypadku późnej diagnozy zmiany w zachowaniu stają się często wyraźnie widoczne, a zaburzenia procesów poznawczych w istotny sposób oddziałują negatywnie na możliwość kooperacji społecznej, co skutkuje często koniecznością zapewnienia dotkniętej chorobą osobie opieki instytucjonalnej.

Szczególną uwagę zwrócić należy na niektóre specjalne formy ryzyka w dziedzinie geriatric, które niosą za sobą wyjątkowe uciążliwości. Organy poddane procesowi starzenia są w szczególny sposób nieodporne na stres i szybko ulegają dekomensacji; funkcje dotąd utrzymywane na właściwym poziomie, zarówno fizycznym jak i psychicznym zanikają – tym samym zanika również fakt samostanowienia. Powoduje to liczne komplikacje i często pociąga za sobą znaczące skutki.

Właśnie w wieku podeszłym po ICD 10 znacząco wzrasta ostre wewnętrzne splątanie myśli, zespół majaczeniowy. Poza nagłym początkiem, charakteryzującym się zaburzeniami rytmu dobowego, jako dalsze kryteria do kwalifikacji tych dolegliwości wymienić można; zaburzenia koncentracji, dezorganizację, halucynacje optyczne oraz urojenia. Z punktu widzenia patofizjologii mają one podłoże w zaburzeniach proporcji stężenia cholin-dopaminy.

Prognozowanie w przypadkach stanów splątania nie jest korzystne. Komplikacje, takie jak np. upadki, infekcje i odleżyny przedłużają pobyt w szpitalu. Występuje znaczący deficyt funkcji, co powoduje konieczność umieszczenia pacjenta w odpowiednim ośrodku, zwiększa się śmiertelność w okresie jednego roku.

Istnieją różnorodne czynniki predyspozycyjne, jak sami mogą to Państwo zobaczyć na kolejnej folii. Szczególnie należy podkreślić choroby związane pracą mózgu, leczenie, ograniczenia sensoryczne i ruchowe.

Właśnie pacjenci w podeszłym wieku, u których występuje jednocześnie wiele schorzeń narażeni są na wiele z tych czynników ryzyka. Potencjalny wyzwalacz majaczeń nie rzadko ma charakter jatrogeny - znaczenie ma dobór i dozowanie leku, ale również przeżywany stres i infekcje organizmu. Z reguły wiele różnych przyczyn po prostu nakłada się na siebie. Niezbędne jest więc unikanie takich wyzwalaczy przy pomocy wyspospecjalistycznych procedur medycznych i opiekuńczych.

Leczenie stanów majaczenia wymaga dużych nakładów również w wymiarze ekonomicznym. Sharon Inouye wyliczyła całość kosztów terapii w warunkach USA na około 48.000 dolarów, to jest w przeliczeniu około 35.000 Euro na jeden przypadek chorobowy. Odsetek chorych i czas trwania choroby można uznać za wyznacznik jakości w leczeniu zaburzeń neuropsychicznych w obszarze geriatric.

W toku dłuższego leczenia pacjentów geriatricznych należy zatem zwrócić szczególną uwagę na całe spektrum działań ubocznych antycholiny. Koncepcja „antycholina-obciążenia” uwzględnia efekt kumulacji fizjologicznej łatwości ulegania zranieniom, działań ubocznych i neurodegradacji. Mając na uwadze zachowanie przez pacjenta możliwie dużego stopnia samodzielności ma ona istotne znaczenie w procesie leczenia.

Z tego właśnie powodu zapotrzebowanie na medycynę gerontopsychiatriczną wykazywać będzie tendencję wzrostową.

Występującą często komplikacją w chorobach organicznych są oprócz chorób neurogeneracyjnych również stany depresyjne i zaburzenia adaptacyjne. Uwarunkowane są one również przyczynami natury organicznej. Odsetek przypadków depresji po udarze mózgu, wynoszący około 40%, jest tym samym wyższy niż przeciętna wśród pacjentów, u których występuje jednocześnie wiele schorzeń. Szczególnie w przypadku schorzeń sercowo-naczyniowych występujące dodatkowo stany depresyjne wpływają na zwiększenie śmiertelności wśród pacjentów. Generacja, która przeżyła wojnę, naznaczona traumatycznymi przeżyciami, częściej niż ma to miejsce np. w USA, reaktywuje swe traumatyczne doświadczenia, co w znacznym stopniu utrudnia akceptację wszelkich działań

niosących ze sobą pomoc. W takich przypadkach istotne znaczenie w terapii gerontopsychiatrycznej zyskuje jasne wyznaczenie celu w procesie leczenia.

Od kilku lat odsetek samobójstw ma tendencję rosnącą tylko w kręgu osób w wieku starszym; szczególnie zagrożeni są samotni mężczyźni powyżej 70 roku życia. Wydaje się, że do najbardziej znaczących przyczyn samobójstw zaliczyć należy: zaburzenia adaptacyjne, brak akceptacji wobec postępującego procesu starzenia się oraz strach przed utratą autonomii.

Bardzo ważne znaczenie ma odgraniczenie depresji od stanu demencji oraz regresu w zakresie funkcji fizjologicznych organizmu, związanego ze zbliżającym się końcem życia. Opieka paliatywna nad pacjentami, u których występuje jednocześnie wiele schorzeń, a także właśnie nad pacjentami z demencją nie jest jeszcze rozwinięta w sposób kompleksowy. Różni się ona znacznie od medycyny paliatywnej ukierunkowanej najczęściej na pacjentów młodszych z chorobami nowotworowymi. Obok opieki psychosocjalnej, efektywnego zwalczania bólu i stanów depresyjnych, potrzebna jest szczególnie długotrwała opieka nad przewlekle chorymi pacjentami, u których występuje równocześnie wiele schorzeń, takich, u których częste i skomplikowane nawroty choroby wciąż powodują zagrożenie życia.

Zachowanie pewnej równowagi pomiędzy ciągłą aktywacją i aktywującym wsparciem, leczeniem rehabilitacyjnym i stworzeniem odpowiedniego programu terapeutycznego oraz wypracowanie odpowiednich strategii przezwyciężania stanów chorobowych aż do akceptacji faktu śmierci, a także pogodzenia się z regresem w procesie leczenia, możliwe jest tylko w warunkach pracy zespołowej, opartej na dobrze przygotowanych specjalistach z różnych dziedzin medycyny.

Przedstawiony tutaj przeze mnie pogląd na temat zmian autonomii człowieka w toku procesu starzenia się pozwala mi na postawienie tezy, że dopiero akceptacja nasilających się zmian autonomii pozwala stworzyć właściwy grunt do swobody korzystania z istniejących lub potencjalnych zasobów człowieka i umożliwić mu w miarę komfortowe samostanowienie!

Jakie zadania stoją przed systemem opieki zdrowotnej w aspekcie oczekiwanych zmian autonomii? Z punktu widzenia medycyny optymalne wydaje się postawienie właściwej diagnozy demencji, jeśli – w interesie pacjentów z wieloma schorzeniami, a będących w stanie depresji - chcemy rozbudować i finansować kompleksową terapię konsultacyjną/liaison, czyli terapię, wymagającą ścisłej współpracy psychiatrów z lekarzami innych specjalności (obecnie brak jakichkolwiek zachęt w tym kierunku ze strony DRG (Diagnosis Related Groups- system Jednorodnych Grup Pacjentów)). Takie właśnie rozwiązanie stanowiłoby istotny krok w kierunku optymalizacji interdyscyplinarnej terapii geriatrycznej, w której pojęcie *prewencja w stanach majaczeniowych* traktowane jest z należytą powagą i wiąże się z indywidualizacją rehabilitacji geriatrycznej. Najważniejszym celem pozostaje oczywiście zachowanie wysokiej jakości życia, co idealnie wyraża stwierdzenie:

„Add life to years not years to life!” (Dodawaj życie do lat, nie lata do życia)

W ramach polityki socjalnej istotne znaczenie ma zapewnienie środków w celu utrzymania samodzielności; oferty ukierunkowane na zapewnienie mobilności oraz spędzanie wolnego czasu, jak również indywidualne przygotowanie prawne i zapewnienie pacjentowi reprezentacji, umożliwiają utrzymanie autonomii mimo występowania przewlekłej choroby z ograniczeniami w zakresie procesów poznawczych.

Ograniczenie autonomii występuje, od strony fizjologicznej, dopiero w czwartym wieku, powyżej 80 roku życia. Jako główną przyczynę wcześniejszego wystąpienia ograniczonej autonomii wymienia się przewlekle schorzenia psychogeriatryczne (demencje, chorobę Parkinsona, depresję). Dlatego też idealnym rozwiązaniem problemu byłoby stworzenie dla tych pacjentów specjalistycznej interdyscyplinarnej geriatrycznej opieki medycznej.

Pozwoliłoby to na skuteczne działania prewencyjne w grupie pacjentów starszych, narażonych na szczególne ryzyko, oprócz tego zapewniłoby środki, mające na celu zachowanie przez nich autonomii. Kolejnym dezyderatem jest jeszcze stworzenie systemu medycyny paliatywnej dla osób w mocno zaawansowanym wieku, u których na plan pierwszy wysuwa się konieczność zapewnienia im w dłuższej perspektywie czasowej stałej opieki osoby towarzyszącej.