

KS. STANISŁAW PAŹDZIÓR
Lublin

OSOBOWOŚĆ STARCZA JAKO PRZYCZYNA POWAŻNEGO BRAKU ROZEZNANIA OCENIAJĄCEGO

Mniej więcej przed wiekiem Oliver W. Holmes, członek Sądu Najwyższego, napisał, że „czasami lepiej być siedemdziesięcioletnim młodzieńcem niż czterdziestoletnim starcem”. Ta myśl zagościła ponownie w świadomości ludzkiej pod koniec XX w. za sprawą psychologów, którzy przetransponowali ją na język nauki. Stwierdzili oni, że starzenie się jest w takim samym, jeśli nie wyższym, stopniu stanem umysłu, jak nieuchronnym procesem biologicznym¹.

Starość jest uniwersalnym zjawiskiem występującym w świecie roślin oraz u wszystkich gatunków zwierząt i u człowieka. Rodzimy się, rośniemy w niemowlęctwie i dzieciństwie, rozwijając się do osiągnięcia dojrzałości, co obejmuje określony czas, po czym znowu, po pewnym okresie, przybywające nam lata czynią nas „starymi”².

Ogólna liczba osób w wieku podeszłym oraz ich odsetek w populacji krajów uprzemysłowionych wzrosły znacznie w ciągu ostatniego stulecia. Długość życia w krajach uprzemysłowionych zwiększyła się o połowę, czego następstwem jest 20-40-procentowy wzrost liczby osób powyżej 65 roku życia³.

¹ J. C. C a v a n a u g h, *Starzenie się*, [w:] *Psychologia rozwojowa*, pod red. P. E. Brayanta, A. M. Colmana, Poznań 1997, s. 110.

² G. G a r r e t, *Potrzeby zdrowotne ludzi starszych*, Warszawa 1990, s. 19.

³ H. I. K a p l a n, B. J. S a d o c k, *Psychiatria kliniczna*, Wrocław 1995, s. 224.

I. POJĘCIE STAROŚCI

Starość jest definiowana jako okres życia występujący po wieku dojrzałym, charakterystyczny dla ustrojów wielokomórkowych, uwarunkowany genetycznie i działaniem środowiska⁴. W naszym kręgu kulturowym określana jest najczęściej jako okres po ukończeniu 65 roku życia⁵. Jest ona nieuniknionym etapem w życiu człowieka i ma charakter statyczny, natomiast inne pojęcie z nią związane – starzenie się oznacza proces, a więc zjawisko dynamiczne⁶. Starzenie się jest naturalnym procesem zmniejszania się biologicznej aktywności organizmu wraz z wiekiem⁷. Naukowcy rozróżniają wiek kalendarzowy i wiek biologiczny. Ten pierwszy oznacza po prostu liczbę przeżytych lat, natomiast drugi termin określa stopień „istotnego” zestarzenia się, poziom żywotności i ogólnej sprawności organizmu we wszystkich jego funkcjach⁸.

W nauce funkcjonują dwa pojęcia starości, tj. fizjologicznej (zdrowej i prawidłowej) oraz patologicznej (przedwczesnej, chorobowej)⁹. Właściwością normalnego starzenia się jest stopniowe, harmonijne osłabienie funkcji życiowych, przy zachowaniu przystosowawczych i kompensacyjnych możliwości organizmu, zapewniających jego fizjologiczną równowagę na nowym poziomie¹⁰. Jednakże starość, którą przeżywamy w warunkach naszej europejskiej cywilizacji, nie jest starością zdrową, fizjologiczną, lecz z reguły patologiczną – przedwczesną i połączoną z licznymi chorobami¹¹. Z całą pewnością samo starzenie się natomiast nie jest chorobą, lecz normalnym ciągiem zmian, które może jednak u każdego człowieka przybierać różne formy¹².

Poszczególni ludzie starzeją się w różny sposób, z różną szybkością i odmiennie odnoszą się do zjawisk występujących z wiekiem. W ostatnich latach znaczenie, jakie w określeniu tego procesu przypisywano wiekowi

⁴ J. K o m e n d e r, M. J. M o s s a k o w s k i, T. O r ł o w s k i, *Wielki słownik medyczny*, Warszawa 1996, s. 1261.

⁵ K. O l e c h n i c k i, P. Z a ł ę c k i, *Słownik socjologiczny*, Toruń 1997, s. 203.

⁶ J. R e m b o w s k i, *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*, Warszawa 1984, s. 24.

⁷ *Mała Encyklopedia Zdrowia*, pod red. T. Roźniatowskiego, t. III, Warszawa 1988, s. 1163.

⁸ K. W i ś n i e w s k a - R o s z k o w s k a, *Nowe życie po 60-tce*, Warszawa 1986, s. 18 n.

⁹ Tamże.

¹⁰ R e m b o w s k i, dz. cyt., s. 24.

¹¹ K. W i ś n i e w s k a - R o s z k o w s k a, *Pochwała starości*, Warszawa 1994, s. 6.

¹² J. F ü s g e n, *Starość pod opiekę*, Warszawa 1998, s. 13.

metrykalnemu, przesunęło się na ocenę stanu psychicznego i fizycznego danej osoby. Tak więc jedna osoba w wieku lat 50 może być „stara”, a inna w tym wieku jest „młoda” w zależności od indywidualnego stanu sprawności. Niemniej jednak – w dużej mierze pod wpływem praktyki przyznawania emerytury – zdecydowano, że wiek podeszły zaczyna się w 60 lub 65 roku życia, i to kryterium przyjmują zarówno badacze, jak i społeczeństwo¹³.

Z normalnym starzeniem się związane są takie zmiany psychiki, jak: zaostrenie rysów charakteru, głównie wad, konserwatyzm, niechęć do nowości, obawa przed każdą zmianą, zwolnienie tempa wykonywanej pracy, pewne osłabienie zdolności spostrzegania i zapamiętywania, zwrócenie zainteresowań bardziej ku przeszłości, nastawienie hipochondryczne – obawa przed chorobami, ostrożność wynikająca ze świadomości zagrożenia śmiercią; a w stosunku do spraw życiowych nastawienie bardziej filozoficzne, postawa spokojnego, niezaangażowanego krytycyzmu i ostrożności, stopniowa utrata zainteresowania dla spraw erotycznych¹⁴.

Starzejącą się osobowość charakteryzuje słabnięcie funkcji zmysłowych, ale nie zawsze dotyczy to wszystkich funkcji¹⁵. Stwierdza się, że jeżeli jednak wystąpią pewne niepożądane cechy osobowości lub zachowania utrudniające przystosowanie i niepodatne na zmiany, to trzeba je kłaść raczej na karb nerwicy, a nie na procesy normalnego starzenia się¹⁶.

Podobnie niekiedy utrzymuje się, że w miarę upływu lat narastają objawy zdziecinnienia (regresji) oraz sztywność zachowania. Tymczasem w rzeczywistości są to objawy zaburzeń psychicznych, a nie normalnego starzenia się. Nieodróżnianie fizjologicznych zmian towarzyszących temu procesowi od zaburzeń psychicznych podeszłego wieku, jak twierdzą badacze, jest źródłem licznych nieporozumień. Wiele zmian traktowanych dotąd jako naturalny proces starzenia się w istocie jest skutkiem uleczalnych procesów chorobowych. Jak zauważa się, niekiedy rozróżnianie między zaburzeniami psychicznymi a schorzeniami somatycznymi jest bardzo trudne i pracochłonne. Kłopoty ze zdrowiem u osób w podeszłym wieku są częste i poważne, wpływają

¹³ G a r r e t, dz. cyt., s. 19.

¹⁴ K. W i ś n i e w s k a - R o s z k o w s k a, *Stary człowiek w rodzinie*, Warszawa 1975, s. 189.

¹⁵ J. R u t k i e w i c z, *Geriatrya*, Warszawa 1979, s. 424.

¹⁶ *Podręcznik geriatryi*, pod red. W. B. Abramsa, M. H. Beersa, R. Berkowa, Wrocław 1999, s. 1308.

na stan psychiczny oraz życie uczuciowe, a nawet oddziałują na przebieg chorób somatycznych¹⁷.

Istnieje przekonanie, że starość wiąże się nierozłącznie z otępieniem, impotencją, nieproduktywnością, niedołęstwem, przygnębieniem, izolacją, a tymczasem wobec różnorodnych problemów psychologicznych okresu starości, przy jednoczesnym osłabieniu lotności umysłu, spontaniczności itp., wiele cech osobowości człowieka starego można zrozumieć jako relacje kompensacyjne, przystosowawcze, np. hipochondryczność można zrozumieć jako sposób uzyskiwania zainteresowania i korzyści płynących z roli chorego w świecie nastawionym na osiągnięcia, które w starości stały się niedostępne¹⁸.

Dobra starość to dobre samopoczucie, które wymaga adaptacji w zakresie intelektualnym, społecznym i emocjonalnym¹⁹. Jak stwierdza się, największe trudności w dobrym przystosowaniu będą mieli ludzie z zaburzeniami osobowości, których życie pełne było specyficznych strat w postaci zaprzepaszczonych możliwości nabywania istotnych doświadczeń życiowych i tworzenia kontaktów międzyludzkich, a przejawy złego przystosowania mają różne postacie i przebieg²⁰. Problem starzenia się psychicznego jest problemem bardzo złożonym z uwagi zarówno na wielość procesów i zjawisk, jakie to pojęcie obejmuje, jak i na liczbę zmiennych pozapsychologicznych, które należy uwzględnić²¹.

II. ZMIANY PSYCHICZNE

Rozpoznanie wszystkich zaburzeń psychicznych występujących w okresie starości obejmuje się terminem „psychogeriatrya”, oznaczającym dział psychiatrii traktujący o wszelkich zaburzeniach psychicznych występujących w okresie starości, tzn. po 65 roku życia²². Poprzez chorobę psychiczną rozumie się termin zbiorczy obejmujący wszelkie zaburzenia typu psychotycznego (omamy, urojenia, ciężkie zaburzenia nastroju, emocji i inne); w węższym

¹⁷ Tamże, s. 1307.

¹⁸ S. Dąbrowski, J. Jaroszyński, S. Pużyński, *Psychiatria*, t. II, Warszawa 1988, s. 117-121.

¹⁹ M. Susułowska, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 1989, s. 334.

²⁰ Dąbrowski, Jaroszyński, Pużyński, dz. cyt., t. II, s. 122.

²¹ Susułowska, dz. cyt., s. 40.

²² P. Bracc, *Psychogeriatrya*, Warszawa 1986, s. 13.

znaczeniu termin ten jest synonimem psychozy; jest to zaburzenie psychiczne w znacznym stopniu ograniczające wgląd, czyli poczucie choroby, zdolność radzenia sobie ze zwykłymi wymaganiami życia lub utrzymania właściwego kontaktu z rzeczywistością; obraz psychiczny psychozy charakteryzuje się jakościowymi zmianami chorobowymi w zakresie myślenia, intelektu, świadomości, postrzegania, uczuć, napędu psychoruchowego i innych funkcji psychicznych, prowadzącymi niekiedy do znacznych zaburzeń zachowania w środowisku społecznym²³.

Najczęstszymi przyczynami zaburzeń psychicznych występujących w podeszłym wieku są choroby mózgu, jak udary, zaburzenia czynności serca i krążenia, choroby tarczycy, choroby metaboliczne²⁴.

Człowiek stanowi psychofizyczną jedność, sfera cielesna i duchowa są u niego z sobą związane i nawzajem na siebie wpływają; dlatego zaburzenia psychiczne (choroby umysłowe) często prowadzą również do cielesnych objawów chorobowych i na odwrót – choroby somatyczne mogą ujemnie wpływać na psychikę, powodując różne odchylenia w funkcjonowaniu tej sfery²⁵. Liczni psychiatrzy utrzymują, że choroby psychiczne u ludzi starych często bywają ubocznym produktem chorób somatycznych²⁶.

Zauważa się, iż problemy psychiatryczne u ludzi w starszym wieku nie są tak łatwo wykrywalne, jak u pacjentów młodszych²⁷. U osób starszych zaburzenia te często traktuje się jako zwyczajne starzenie się; nawet objawy schizofreniczne bywają błędnie uznawane za przejaw starczej ekscentryczności²⁸.

Tego rodzaju choroby u osób starszych dzieli się na takie, które ujawniły się dopiero po 60 roku życia, i te, które pojawiły się znacznie wcześniej i przetrwały do starości; dotyczy to każdej postaci zaburzeń psychicznych, ale nie ma tego typu chorób właściwych tylko podeszłemu wiekowi²⁹. Są jednak choroby, które najczęściej występują w okresie starości, mianowicie depresja, która jest nawet częstsza aniżeli otępienie, zespoły urojeniowe, nerwice, przejawiające się głównie jako nadmierny niepokój, oraz różne od-

²³ K o m e n d e r, M o s s a k o w s k i, O r ł o w s k i, dz. cyt., s. 187.

²⁴ F ü s g e n, dz. cyt., s. 129.

²⁵ K. W i ś n i e w s k a - R o s z k o w s k a, *Gerontologia dla pracowników społecznych*, Warszawa 1987, s. 40.

²⁶ R e m b o w s k i, dz. cyt., s. 135.

²⁷ *Podręcznik geriatrii*, s. 232.

²⁸ Tamże, s. 1309.

²⁹ S. K r z e m i ń s k i, *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, Warszawa 1993, s. 31.

chylenia, niezbyt precyzyjnie określane mianem zaburzeń zachowania i osobowości, a także ostre i przewlekłe zespoły mózgowe³⁰.

Psychiatria stwierdza, iż już w warunkach fizjologicznych dochodzi w okresie starczym do zmian osobowości uwarunkowanych organicznie³¹. U starzejących się osób rozpoznaje się często występowanie otępienia (*dementia*). Klasycznym przykładem otępienia jest otępienie starcze (*dementia senilis*)³². Jest to zespół objawów charakteryzujących się wyraźnym upośledzeniem funkcji poznawczych, co jest przyczyną zaburzonego funkcjonowania w społeczności. Wśród typowych objawów otępienia (co może mieć znaczenie przy zawieraniu małżeństwa) jest upośledzenie krytycznej oceny (np. oceny swego postępowania, planowania działań, nieprzestrzegania ogólnie obowiązujących zasad współżycia). Przed 65 rokiem życia może mieć miejsce otępienie przedstarcze, po 65 roku otępienie starcze. Z podeszłym wiekiem związane są więc także zaburzenia osobowości i zachowania³³.

Stwierdza się, iż u osób starych, w ich postępowaniu i sposobie myślenia, panuje pewna „sztywność”. Nie lubią oni podejmować ryzykownych decyzji. W wieku 60 lat uważają, że wszystkie okresy życia są dobre. Mając 70 lat – są przekonani, iż przeszłość była lepsza od teraźniejszości, a przyszłość będzie od niej gorsza. Osoby starsze łatwiej osiągają poczucie spełnienia, realizacji siebie, ale potrzebują dużego uznania, a poczucie własnej wartości ciągle oczekuje na potwierdzenie. Mężczyźni są bardziej pasywni w swych dążeniach, a kobiety bardziej zdecydowane³⁴.

Otępienie starcze niesie z sobą ograniczenie zakresu zainteresowań tylko do własnej egzystencji (egotyzm starczy). W związku z osłabionym krytycyzmem brak jest poczucia choroby, wypowiedane sądy są naiwne i dziecinne. Pojawia się też zwykle wczesnodziecięcy upór i przekora, a także podatność na sugestie. Niezależnie od zaburzeń intelektualnych stwierdza się znaczną chwiejność uczuciową, tzn. łatwe przechodzenie ze smutku w euforię, ze spokojnego zachowania we wściekłość itp.³⁵ W ciężkim otępieniu starczym można dopatrywać się cech charakteropatycznych. Ma to miejsce wówczas, gdy zostaną rozpoznane takie cechy, jak obniżenie uczuciowości wyż-

³⁰ B r a c c, dz. cyt., s. 13.

³¹ T. B i l i k i e w i c z, *Psychiatria kliniczna*, t. II, Warszawa 1989, s. 257.

³² Z. R y d z y ń s k i, *Psychiatria*, Łódź 1996, s. 188 n.

³³ B i l i k i e w i c z, *Zagadnienie psychogeriatry*, s. 316.

³⁴ N. C o n i, W. D a v i s o n, S. W e b s t e r, *Starzenie się*, t. II, Warszawa 1994, s. 85.

³⁵ R y d z y ń s k i, dz. cyt., s. 189.

szej, nietrzymanie afektów i związane z tym objawem cechy drażliwości, wybuchowości oraz skłonność do działań impulsywnych³⁶. Cechy charakteropatii mogą również powstać na tle miażdżycy mózgu. Zaburzenia tego typu powstają często nagle, po udarze, zwłaszcza wtedy, kiedy uszkodzeniu uległy płaty czołowe. Osoba, która była dotąd nieposzlakowanej opinii, pełniąca odpowiedzialne funkcje, po udarze nagle zmienia się charakterologicznie. Staje się porywcza i nieopanowana, mimo podeszłego wieku przejawia bezkrytyczną kokieterię i ekshibicjonizm, przy zupełnym zaniku poczucia taktu³⁷.

Badacze wskazują, iż tylko w typie osobowości „niezrównoważonym”, obejmującym niewielki procent ludzi w podeszłym wieku, obserwuje się wyraźne pogorszenie stanu psychicznego. Jednostki o „zrównoważonej” osobowości reorganizują swe życie w sposób umożliwiający przewyciężenie kryzysów związanych z podeszłym wiekiem³⁸.

III. POSZCZEGÓLNE ZABURZENIA PSYCHICZNE OKRESU STAROŚCI

D e p r e s j a. Depresja jest zaburzeniem spotykanym najczęściej u ludzi starych. Na ciężką depresję zapada ok. 3% ludzi powyżej 65 roku życia³⁹. Może ona być albo głównym objawem choroby psychicznej (psychoza afektywna) lub jej elementem (schizofrenia, nerwice), albo objawem spowodowanym przez czynniki toksyczne lub metaboliczne⁴⁰. Objawy depresji mają charakter zaburzeń psychicznych, intelektualnych lub somatycznych, chociaż rzadko występują wszystkie jednocześnie⁴¹.

Urojenia w depresji są uderzająco przesadne. Szczególnie typowe to urojenia hipochondryczne, grzeszności, ubóstwa, małości, które mogą potęgować się z czasem do urojeń nicości i potworności. Może to być powodem lęku, a przede wszystkim jego uzasadnieniem. Mogą pojawiać się też zamysły

³⁶ B i l i k i e w i c z, *Psychiatria kliniczna*, t. II, s. 257.

³⁷ Tamże.

³⁸ G a r r e t, dz. cyt., s. 31 n.

³⁹ C o n i, D a v i s o n, W e b s t e r, dz. cyt., s. 91.

⁴⁰ *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, pod red. T. Bilikiewicza, W. Strzyżewskiego, Warszawa 1992, s. 421.

⁴¹ W. P ę d i e k, B. Ż a k o w s k a - W a c h e ł k o, *Podręcznik geriatry*, Warszawa 1988, s. 124.

samobójcze, a zwłaszcza próby odebrania sobie życia⁴². Powstanie depresji może być przyspieszone utratą bliskiej osoby, chorobą, niektórymi lekami⁴³.

Wśród objawów psychotycznych wymienia się: urojenia bezwartościowości, urojenia choroby (nihilistyczne, hipochondryczne), omamy o treści zgodnej z podstawowym nastrojem, omamy depresyjne – słuchowe, wzrokowe oraz rzadziej – węchowe⁴⁴. Depresja bywa także jednym z pierwszych objawów otępienia, chociaż rzadziej zdarza się, że otępienie staje się maską depresji; a czasem przypomina neurastenię lub przebiega z histeryczną teatralnością gestów, negatywizmem lub manifestowaniem chęci popełnienia samobójstwa⁴⁵.

Depresja często może towarzyszyć zawałowi oraz innym zaburzeniom mózgowym. Depresję w przebiegu zawału mózgu cechuje nietrzymanie afektu z nagłymi okresami płaczliwości, jednak bez dłużej utrzymującego się i głębszego obniżenia nastroju⁴⁶.

Z e s p o ł y u r o j e n i o w e. Ich przykładem może być parafrenia, która jest rzadką postacią psychozy, charakteryzująca się występowaniem względnie usystematyzowanych urojeń i różnego rodzaju omamów⁴⁷. Psychoza jest określana jako zespoły psychotyczne występujące w okresie przekwitania. Jeżeli chodzi o zespoły urojeniowe, łączą się ze schizofrenią, parafrenią, paranoją, jeśli zaś o zespoły zmian afektywnych i nastroju – z psychozą cyklofreniczną i maniakalno-depresyjną. Rozpoznanie psychozy na ogół nie jest trudne, gdyż stwierdza się następujące zaburzenia:

- myślenia (urojenia, rozluźnienie skojarzeń),
- mowy (rozkojarzenie, gonitwa, mowa niezrozumiała),
- spostrzegania (omamy, iluzje, depersonalizacja, derealizacja),
- nastroju (zmienny, niedostosowany, obniżony, gniewny, lękowy),
- zachowania (pobudzenie, niedostosowanie, zahamowanie)⁴⁸.

N e r w i c e. Określa się je najczęściej jako reakcje depresyjne, związane z chorobą, ze stratą, z samotnością, a także z przygnębiającym przeżywaniem ujemnego bilansu życiowego i odpowiedzialności własnej; innymi relacjami są relacje hipochondryczne, odnoszące się przeważnie do funkcji prze-

⁴² B i l i k i e w i c z, *Psychiatria kliniczna*, t. II, s. 45.

⁴³ C o n i, D a v i s o n, W e b s t e r, dz. cyt., t. II, s. 91.

⁴⁴ *Podręcznik geriatrii*, s. 1317.

⁴⁵ P ę d i e k, Ż a k o w s k a - W a c h e ł k o, dz. cyt., s. 124.

⁴⁶ K a p l a n, S a d o c k, dz. cyt., s. 225.

⁴⁷ R o ż n i a t o w s k i, dz. cyt., s. 1096.

⁴⁸ *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, s. 429.

wodu pokarmowego; paranoiczne – u osób nadwrażliwych i podejrzliwych; lękowe – ze stanami napięcia, bezsennością, sensacjami sercowymi, biegunką itp.⁴⁹ Wymienia się także nerwice psychotyczne, które mimo że są zaburzeniami psychicznymi, jednak – w przeciwieństwie do właściwych chorób psychicznych (psychoz) – chory odczuwa i ocenia jako nienormalność, czyli chorobę, i chociaż męczą chorego i utrudniają mu życie, nigdy nie stają się niebezpieczne dla otoczenia, nie wymagają izolacji, pozwalają na względnie normalny tryb życia i pracy⁵⁰.

Z a b u r z e n i a o s o b o w o ś c i. Tego rodzaju zaburzenia charakteryzują się takimi objawami, jak: męczliwość psychiczna, drażliwość, wybuchowość, zmiany w życiu uczuciowym, egocentryzm, zanikanie lub zmiana normalnego zachowania, osłabienie związku z otoczeniem, chłód, zubożenie wobec spraw innych, upór, przeświadczenie o własnej mądrości, nieomyślności, zanikające uczucia wyższe⁵¹. Różnice pomiędzy chorobami psychicznymi a zaburzeniami osobowości i zachowania wynikają stąd, iż w chorobie psychicznej umysłowość chorego całkowicie się zmienia, podczas gdy w drugiej grupie niedomaganie trwa od dawna, tyle że na starość jest bardziej uciążliwe, a ewentualne zachowania tego rodzaju osoby nie są wyrazem nagłej zmiany w jej stanie psychicznym⁵².

P s y c h o p a t i e. W wieku starszym przejawiają się one podobnie do psychopatycznych zaburzeń zachowania – jako skutek organicznego uszkodzenia mózgu podczas przebytej choroby zakaźnej (np. zapalenie mózgu), urazu bądź mało uchwytanego procesu miażdżycowego – bez osłabienia funkcji intelektualnych; są to różnego rodzaju encefalopatie (charakteropatie) – chodzi tu o patologiczne zmiany charakteru⁵³.

M a n i a. Zaburzenie to z reguły ujawnia się po kilku rzutach depresji; stwierdza się podstawową triadę maniakałną: podwyższenie podstawowego nastroju, stałe wzmożenie samopoczucia, stałe zadowolenie z pełnym optymizmem i poczuciem mocy; poza tym tok myślenia jest przyśpieszony, co zewnętrznie przejawia się wielomównością, uwaga jest mało trwała, łatwo przenoszona na nowe wydarzenia. Wzmożone samopoczucie powoduje podej-

⁴⁹ R u t k i e w i c z, dz. cyt., s. 427.

⁵⁰ W i ś n i e w s k a - R o s z k o w s k a, *Gerontologia*, s. 55.

⁵¹ R u t k i e w i c z, dz. cyt., s. 430.

⁵² B r a c c, dz. cyt., s. 40.

⁵³ Tamże.

mowanie wysiłków przekraczających możliwości fizyczne, wyraźne są też zaburzenia rytmów biologicznych, przede wszystkim snu i czuwania; zaburzenia życia popędowego z tendencjami do ekshibicjonizmu; upośledzone są funkcje poznawcze, zdarzają się konfabulacje, czasami pojawiają się skłonności do pieniactwa⁵⁴.

M a j a c z e n i e. Jest to ostry zespół mózgowy – szczególnie są na niego podatne osoby z niedojrzałym lub uszkodzonym ośrodkowym układem nerwowym. U ludzi starych szczególnie łatwo rozwija się majaczenie pod wpływem różnych, przeważnie fizycznych czynników (choć nie tylko), uszkadzających ośrodkowy układ nerwowy. Dotyczy to zwłaszcza osób, u których dopływ krwi do mózgu jest upośledzony na skutek miażdżycy. Początek tego zaburzenia jest raczej nagły: u człowieka dotychczas normalnie funkcjonującego rozwijają się w ciągu jednego – dwu dni głębokie zaburzenia psychiczne. Zawsze są to zaburzenia świadomości, a składają się na nie: upośledzenie pamięci oraz dezorientacja, błędne pojmowanie i wnioskowanie, upośledzone jest odbieranie informacji, mowa jest spowolniona lub przyśpieszona, niemal zawsze chaotyczna. Przy tego rodzaju zaburzeniu niemożliwe jest skupienie, chory mylnie tłumaczy zachowania innych, występują złudzenia i omamy. Przebieg majaczenia zależy od choroby będącej jego przyczyną, sporadycznie po przebytych majaczeniach może wystąpić otępienie⁵⁵.

O t ę p i e n i e. Tego rodzaju zaburzenie określa się inaczej jako „demencja”. Otępienie jest to obniżenie sprawności intelektu w związku z nieodwracalnymi zmianami mózgowymi⁵⁶. Z otępieniem w wieku starszym związana jest pewna granica wiekowa, a mianowicie 65 roku życia, ze względu na którą rozróżnia się otępienie przedstarcze i starcze. Czasami nazywane one bywają psychozami⁵⁷.

Objawia się daleko posuniętymi zmianami zanikania mózgu, ograniczającymi stopniowo i równomiernie cały mózg, upośledzając wszystkie jego funkcje. Dla wieku starczego znamienne są zmiany charakterologiczne, takie jak: drażliwość, zgryźliwość, egotyzm, natomiast w sferze afektywnej – zmienność nastroju, nieopanowanie afektów albo apatia, natomiast w zakresie intelektu – osłabienie zapamiętywania (przy zachowaniu pamięci wydarzeń dawnych). Z biegiem czasu objawy te pogłębiają się, pojawiają się coraz większe luki

⁵⁴ K r z e m i ń s k i, dz. cyt., s. 65.

⁵⁵ B r a c c, dz. cyt., s. 42-49.

⁵⁶ C o n i, D a v i s o n, W e b s t e r, dz. cyt., t. II, s. 88.

⁵⁷ *Psychiatria. Podręcznik dla studentów medycyny*, s. 27.

pamięciowe i wskutek tego – zaburzenia orientacji, połączone z brakiem krytycyzmu. Dodatkowo mogą pojawić się zaburzenia nastroju, depresje, urojenia prześladowcze, zaburzenia mowy⁵⁸. W przebiegu otępienia obserwuje się niekiedy objawy psychozy⁵⁹.

Jest to choroba, której cechą jest utrata inteligencji – chory stopniowo coraz bardziej przypomina niedorozwiniętego umysłowo, aż do zupełnego „zidiocenia” w końcowych stadiach choroby⁶⁰. Procesy chorobotwórcze wywołujące nieodwracalne uszkodzenia centralnego układu nerwowego oraz zmiany w sferze poznania prowadzą do dezorientacji intelektualnej i zachowania stwarzającego konieczność objęcia chorej osoby stałą opieką⁶¹. Otępienie nie jest nieuchronnym losem człowieka starego, dotyka przede wszystkim tych, którzy swego mózgu nigdy zbyt nie wysilali i nie ćwiczyli⁶². Wielu starych ludzi aż do śmierci w późnym wieku zachowuje sprawność umysłu, a najczęściej są to intelektualisci, ludzie inteligentni i wykształceni, którzy po przejściu na emeryturę nie zaprzestają pracy umysłowej. Tego rodzaju praca ćwiczy mózg i polepsza jego ukrwienie, zapobiega w pewnym stopniu miażdżycy jego naczyń⁶³.

O t ę p i e n i e m i a ż d ż y c o w e. Należy ono do zespołu otępiennego pochodzenia naczyniowego. Nabiera znaczenia psychiatrycznego, gdy miażdżycza naczyń mózgowych staje się procesem dotyczącym w szerokiej mierze małych naczyń mózgowych. Może stać się to w okresie przedstarczym, ale niewykluczone jest, że zmiany z tym związane zaczną się dużo wcześniej albo bardzo późno. Występuje najczęściej po 50 roku życia i w większym procencie u mężczyzn niż u kobiet. Zaburzenia psychiczne w tego rodzaju otępieniu mogą powstać nagle jako następstwo przebytego udaru albo stopniowo. Objawy w tym wypadku to dość znamienne bóle lub zawroty głowy, zaburzenia pamięci. Otępieniu miażdżycowemu towarzyszą małostkowość, egotyzm, brak łączności uczuciowej z otoczeniem, nieufność, porywczność, wybuchowość. Ich życie afektywne staje się coraz bardziej chwiejne i niepoahamowane. Najbliższe przyczyny powodują gniew, rozpacz,

⁵⁸ R u t k i e w i c z, dz. cyt., s. 431.

⁵⁹ L. F r a c k i e w i c z, B. Ż a k o w s k a - W a c h e ł k o, *300 wiadomości o starości*, Katowice 1987, s. 30.

⁶⁰ W i ś n i e w s k a - R o s z k o w s k a, *Stary człowiek w rodzinie*, s. 72.

⁶¹ C a v a n a u g h, art. cyt., s. 128 n.

⁶² W i ś n i e w s k a - R o s z k o w s k a, *Pochwała starości*, s. 44.

⁶³ T a ż, *Gerontologia*, s. 56 n.

rozzewnienie bądź radość; mogą pojawić się też zaburzenia orientacji w czasie i w przestrzeni⁶⁴.

C h o r o b a A l z h e i m e r a. Najważniejszą z demencji jest choroba Alzheimera. Badania wskazują, iż ok. 70% przypadków demencji to demencja w postaci tej choroby⁶⁵. Ta najcięższa postać otępienia częściej występuje u kobiet, trwa kilka lat, przebiega bez remisji, a rozpoczyna się upośledzeniem osądu, krytycyzmu i myślenia abstrakcyjnego. Poprzez głębokie upośledzenie osobowości prowadzi do zupełnego zniedołężnienia. Wczesnym objawem są zaburzenia pamięci, potem dochodzi afazja (trudności w znalezieniu właściwego słowa lub w rozumieniu mowy), co upośledza porozumiewanie się takiej osoby. Typowa dla tej choroby jest także apraksja (trudności w skoordynowaniu ruchów), co znacznie upośledza zdolność samodzielnego ubierania się i jedzenia. Występuje stan apatii, chwiejny nastrój, zespół urojeń i napady nieuzasadnionej agresji⁶⁶.

IV. WPŁYW OSOBOWOŚCI STARCZEJ NA BRAK ROZEZNANIA OCENIAJĄCEGO W ŚWIETLE WYROKU SĄDU KOŚCIELNEGO

Omawiana kwestia jest ważna, gdyż sądy kościelne niejednokrotnie rozpatrują sprawę nieważności małżeństwa z tytułu poważnego braku rozeznania oceniającego co do istotnych praw i obowiązków małżeńskich, wzajemnie przekazywanych i przyjmowanych, oraz niezdolności osoby do podjęcia istotnych obowiązków małżeńskich z przyczyn natury psychicznej, kiedy osoba zawierała małżeństwo w podeszłym wieku. Zmiany miażdżycowe wywołujące otępienie mogą czynić osobę niezdolną do krytycznej oceny praw i obowiązków wynikających z zawieranego sakramentu małżeństwa, chociaż osoba ta w pierwszym małżeństwie funkcjonowała prawidłowo. Sędzia kościelny nie może sugerować się stanem osobowości w poprzednim małżeństwie⁶⁷, ale wnikliwie rozpatrywać osobowość w chwili zawierania drugiego małżeństwa.

⁶⁴ B i l i k i e w i c z, *Psychiatria kliniczna*, t. II, s. 53-55.

⁶⁵ M. F o s s e l, *Jak przedłużyć nasze życie?*, Warszawa 1999, s. 252.

⁶⁶ B r a c c, dz. cyt., s. 51-55.

⁶⁷ Tego rodzaju rozumowanie spotykamy w wyroku z 16 XII 1994 r. c. Stankiewicz („Monitor ecclesiasticus”, 122(1997) 42): „[...] il peut paraître étonnant, en effet, que soit incapable d’assumer les charges du mariage quelqu’un qui avait vécu une vie conjugale normale avec sa première épouse”.

Przytoczę konkretny proces małżeński zawierany przez osoby w podeszłym wieku⁶⁸. W sposób szczególny dotyczy osobowości powoda. Należy w tym miejscu zaznaczyć, iż niewiele jest małżeństw zawieranych przez osoby starsze, stąd też i w trybunałach kościelnych tego rodzaju procesy należą do rzadkości. Jednakże problem jako taki istnieje.

Powód w chwili zawierania małżeństwa liczył sobie 75 lat. Pozwana była o sześć lat młodsza. Powód w pierwszym swoim małżeństwie przeżył 53 lata, pozwana również była wdową. Strony znały się od dzieciństwa. Bliższa znajomość trwała kilka miesięcy, nastąpiła w chwili, gdy pozwana została wdową. Pozwana zeznała: „Wszystkie dzieci ode mnie odeszły, zostałam sama, to był jeden z powodów, że zdecydowałam się na małżeństwo. Powód ładnie mówił o naszej przyszłości, on miał gadkę. Dzieci nie dawały mi wychodzić za mąż, ja miałam inne zdanie”.

O okolicznościach towarzyszących zawarciu tego małżeństwa powód zeznał: „My ze sobą ustaliliśmy ślub na wyznaczony termin; ja wysłałem samochód po pozwaną, ale ona nie przyjechała, gdyż nie pozwoliła jej na to rodzina. Naszemu małżeństwu były przeciwne obydwie jej córki i zięciowie. Po tym ona powiedziała swojemu Ks. Proboszczowi, że jak skończą się wakacje, to jej rodzina wyjedzie do miasta i my wtedy będziemy mogli wziąć ślub. I tak się stało”.

Po ślubie strony tylko na krótko zamieszkały razem, następnie powód przyjeżdżał do pozwanej. Nieporozumienia między stronami pojawiły się dość szybko. Odnośnie do zachowań powoda w trzecim miesiącu małżeństwa pozwana zeznała: Zabrał mi obrączkę ślubną i pojechał do innej kobiety – rozwódki. On ją znał wcześniej. Z tą kobietą chciał zawrzeć kontrakt cywilny; gdy ze mną jeszcze mieszkał, to chwalił się, że tamta to dama. Była ode mnie młodsza o kilka lat. On tak bez niczego się wyprowadził. Przyjechał jeszcze do mnie, gdy mu się żeniaczka nie udała. Następnie poszedł do szpitala i już do mnie nie wrócił”.

Odnośnie do pożycia małżeńskiego stron oraz jego decyzji na małżeństwo powód stwierdził: „«Ja szybko przejrzałem na oczy», wiedziałem, że tam mieszkał nie będę. Ks. Proboszcz przed i po ślubie przestrzegał mnie przed tym małżeństwem. W 2-3 miesiące po ślubie ja stwierdziłem, że źle zrobiłem, że mi to było niepotrzebne. Gdy mi się nie udało z pozwaną, to ja «czepiałem się tramwaju». Wtedy zacząłem spotykać się z drugą kobietą, trochę była

⁶⁸ Akta Sądu Metropolitalnego w Lublinie, nr 4463/96.

mowa o naszym ślubie cywilnym. Ja chciałem się gdzieś przytulić, a pozwana mi tego nie dała. Pozwana chciała «mnie tylko wydoić»”.

Świadkowie w swoich zeznaniach zeznali: „Latem oni ustalili datę ślubu, ale do niego nie doszło, gdyż dzieci pozwanej nie puściły jej z domu. Powód po śmierci żony narzekał na samotność, mówił, że nie lubi myć po sobie garnków. Oni zawarli ten ślub ukradkiem. Powód jest człowiekiem zmęczonym życiem i schorowanym. Według mnie on nie nadawał się do małżeństwa. Oni nie byli zdolni, aby wytworzyć wspólnotę małżeńską. Ojcu brakowało już tego zdrowego krytycyzmu, wiek zrobił swoje, to widać po jego zachowaniu. Dochodziło do tego ślubu w dziwnych okolicznościach. Oni zachowywali się dziecinnie. Po ślubie była to taka «płatana»”.

W opinii biegłego psychologa czytamy: „W przypadku powoda jest bardzo zaawansowany egocentryzm, wyraźnie obniżony samokrytycyzm, niekonsekwencja w postępowaniu oraz znacznie ograniczona zdolność do podejmowania decyzji, a także postawa jednoznacznie wskazująca na manipulowanie zarówno innymi osobami, jak też takim dobrem, jakim jest sakramentalny związek małżeński, świadczy to o cechach osobowości dysharmonijnej”.

Należy jeszcze dodać, iż podczas trwania tego procesu powód (prawdopodobnie pod wpływem nacisków dzieci stron) aż trzykrotnie prosił trybunał o czasowe zawieszenie sprawy. Ustawicznie miały nim wątpliwości, czy słusznie postępuje prowadząc sprawę o nieważność swego małżeństwa, być może uważał, iż zejdzie się z pozwaną.

Omówiony proces potwierdza fakt, że w przypadku zaistnienia osobowości starszej może zaistnieć sytuacja, iż taka osoba nie będzie w stanie zawrzeć ważnego drugiego czy kolejnego sakramentu małżeństwa, pomimo że w poprzednim(ich) związku(ach) krytycznie podchodziła do praw i obowiązków małżeńskich.

LA PERSONALITÀ SENILE COME CAUSA
DEL GRAVE DIFETTO DI DISCREZIONE DI GIUDIZIO

R i a s s u n t o

La persona che celebra il matrimonio in terza età poteva, nel matrimonio precedente, funzionare in modo normale. La decisione di contrarre il successivo matrimonio può essere incline, in quanto questa persona può non essere già auctoritica e in più non essere capace di giudicare nel modo oggettivo le circostanze in cui viene celebrato in matrimonio. La causa principale del matrimonio può essere la paura di solitudine. Gli argomenti sopra nominati fanno vedere che nel momento della presa della decisione al. Matrimonio la persona rappresenta comportamento infantile. La sacralità e indissolubilità del matrimonio non sono le cose essenziali. Col tempo, dopo il fallimento del matrimonio, la persona si rende conto del suo comportamento patologico, lo si vede nel suo modo di parlare „cercavo di attaccarmi al. tram”. L'analisi di questo processo conferma che in caso della personalità senile può avvenire la situazione nella quale la persona non sarà in grado di contrarre matrimonio valido, anche se nel matrimonio precedente in modo critico abbia affrontato la questione dei diritti e degli obblighi matrimoniali.

Riassunto da Artur Miziński