

Starość jednak chorobą? Kontrowersje wokół nowej Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11

MAGDALENA WIECZORKOWSKA
UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI

Abstrakt

Podczas prac nad nową rewizją Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-11 zaproponowano, by biologiczne starzenie się uznać za chorobę. Wprawdzie w literaturze przedmiotu pisano o biomedyalizacji starości i starzenia się (m.in. Estes i Binney), jednak decyzja o zrównaniu procesu biologicznego starzenia się ze stanem choroby i oficjalne jej legitymizowanie w ramach klasyfikacji ICD wydaje się mieć poważne konsekwencje dla postrzegania schyłkowej fazy ludzkiego życia. Propozycja ostatecznego umedycznienia starości i starzenia się znalazła zwolenników i przeciwników. Celem artykułu jest analiza dyskusji toczącej się na łamach czasopism naukowych i w przestrzeni medialnej w oparciu o rekonstrukcję stanowisk oraz argumenty używane przez zwolenników, jak i przeciwników biomedyalizacji starości. Zwolennicy medyalizacji starości wskazywali na realne korzyści płynące z uznania biologicznego starzenia się za chorobę (efektywna dystrybucja leków nakierowanych na tę „chorobę”, ubezpieczenia pozwalające na pokrycie kosztów jej leczenia). Krytycy tego podejścia podkreślali ageistyczne nastawienie jego propagatorów i wskazywali na takie konsekwencje jak dalsze wykluczenie osób starszych z życia społecznego i usług zdrowotnych, a także nierówności zdrowotnych w starzejących się społeczeństwach. Realizacja powyższego celu pozwoli także na wskazanie wielowymiarowych konsekwencji medyalizacji biologicznego starzenia się.

Słowa kluczowe:

ICD-11, starość, starzenie się, medyalizacja, nierówności zdrowotne.

Biologiczny wymiar procesu starzenia się

Starość to schyłkowy etap w cyklu życia, zaś starzenie się jest procesem, który w konsekwencji prowadzi do śmierci. W wymiarze biologicznym proces ten jest wspólny dla wszystkich żywych organizmów. W odniesieniu do ludzi jest on wielowymiarowy, uwarunkowany czynnikami genetycznymi, osobowościowymi oraz środowiskowymi. Do jego najważniejszych aspektów w ujęciu biologicznym należą:

- ▶ przewaga procesów inwolucyjnych nad ewolucyjnymi;
- ▶ zmniejszanie się zdolności do samoregeneracji komórek i tkanek;
- ▶ obniżenie odporności na stres i zwiększenie podatności na choroby;
- ▶ wzrost liczby wolnych rodników;
- ▶ zmiany we wszystkich układach;
- ▶ osłabianie zdolności organizmu do adaptacji oraz obrony (Kijak & Szarota, 2013; Parnowski, 2013).

Zmiany biologiczne są zindywidualizowane, dlatego też nie można rozpatrywać procesu starzenia się w oderwaniu od pozostałych czynników, które nadają mu indywidualny, czy wręcz spersonalizowany charakter. Bez względu na odmienny przebieg, starzenie się jest procesem naturalnym. Wraz z rozwojem wiedzy medycznej starość i starzenie zaczęły być jednak postrzegane jako coś patologicznego, niepożądanego, czemu medycyna powinna zapobiegać i przeciwdziałać. Medykalizacja życia dotknęła także tego schyłkowego okresu ludzkiego życia i przejawia się w traktowaniu go jako problemu medycznego wymagającego medycznej interwencji (Jankūnaitė, 2014). Kontrolni medycznej poddawane są procesy towarzyszące starzeniu się, takie jak łysienie, siwienie, wiotczenie, co spotyka się z reakcją rynku farmaceutycznego oraz kosmetycznego

(Jankūnaitė, 2014). W głośnej pracy z 1989 roku Carroll Estes i Elizabeth Binney opisywały, w jaki sposób przebiega biomedykalizacja starości w czterech obszarach (Estes & Binney, 1989). Pierwszy z nich obejmuje **wiedzę i naukę** – jeśli starość i starzenie się jawią się jako coś niepożądanego, jako medyczny problem, to należy poznać jego etiologię, mechanizmy, by móc stworzyć efektywne terapie. To stymuluje rozwój programów nastawionych na badanie procesów starzenia się, a także prowadzi do pojawiania się nowych specjalistów i profesji zajmujących się osobami starszymi (np. geriatrzy, pielęgniarki gerontologiczne, gerontolodzy). I właśnie pojawianie się **nowych profesji medycznych** autorki opisują jako drugi aspekt medykalizacji. Trzecim aspektem jest wpływ wiedzy medycznej na decyzje w obszarze **polityki społecznej i zdrowotnej**. Planowanie programów zdrowotnych, alokacja środków medycznych, strategie polityki społecznej – to przykłady działań opierających się o interdyscyplinarną wiedzę z zakresu demografii, geriatry czy epidemiologii w obszarze senioralnym. Ostatnim aspektem, będącym konsekwencją poprzednich, jest **wiedza potoczna**, czyli to, jak na co dzień postrzegane są osoby starsze i sam proces starzenia się. Przekazy medialne i decyzje polityczne wpływają zarówno na to, co osoby starsze myślą o sobie samych, jak i na postawy społeczne wobec nich.

Na początku lat dwutysięcznych dostrzeżono, że ta teoretyczna rama medykalizacji przestała być wystarczająca w odniesieniu do procesów umedycezniania kolejnych obszarów życia codziennego. Adele Clarke wraz ze współautorami zaproponowała termin „biomedykalizacja”, który oznacza (...) *kompleksowe i wielokierunkowe procesy medykalizacji rozszerzone oraz zrekonstruowane przez nowe społeczne formy technonaukowej medycyny* (Clarke, Mamo, Fishman, Shim, & Fosket, 2003). W odniesieniu do starzenia się biomedykalizacja

oznacza (...) *radikalne interwencje medyczne w proces starzenia się, których celem jest kontrola i manipulacja procesem – jego zatrzymanie, spowolnienie lub nawet eliminacja z ludzkiego życia* (Jankūnaitė, 2014).

Bez względu na to, czy stosuje się mniej lub bardziej radykalne podejście, kwintesencją medykalizacji jest oficjalne uznanie danego stanu, zjawiska czy procesu za chorobę i wprowadzenie go na oficjalną klasyfikację chorób (Conrad, 2007).

Znaczenie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (ICD)

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (*International Statistical Classification of Diseases and Health Problems*, ICD) jest międzynarodową klasyfikacją używaną w obszarze diagnostyki klinicznej, epidemiologii, statystyki medycznej oraz zarządzania zdrowiem. Celem tworzonych od XVIII wieku klasyfikacji było ujednoczenie opisu przyczyn zgonów tak, aby można było prowadzić uniwersalne statystyki medyczne dające możliwość międzynarodowych porównań. W XIX wieku William Farr opracował podstawy klasyfikacji, jaką posługujemy się do dziś. Współcześnie klasyfikacja tworzona jest pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organization*, WHO) i pozwala ona na wymianę zestandardyzowanych informacji w sektorze ochrony zdrowia. Wykorzystywana jest też w sektorze farmakologicznym i farmaceutycznym, gdyż umożliwia testy kliniczne i zatwierdzanie leków przeznaczonych na jednostki chorobowe, których kody znajdują się w klasyfikacji. Korzystają z niej także firmy ubezpieczeniowe, tworząc katalog schorzeń, których leczenie pokrywane jest przez polisy. Warto podkreślić, iż jest to dokument powszechnie stosowany na całym świecie – obecnie z ICD

korzysta ponad 100 krajów. Z początkiem roku 2022 zatwierdzona została nowa 11 rewizja ICD, której wersja interaktywna jest dostępna pod adresem: <https://icd.who.int/browse11> (World Health Organization, 2022). Zawiera ona około 17 000 kodów. Korzysta z niej już 35 państw. Polska nadal stosuje ICD-10 (rewizję poprzednią), ale przygotowuje się do wdrożenia nowej rewizji. Tłumaczenie i zatwierdzenie może potrwać około 2–3 lat (Krajowa Izba Fizjoterapeutów, 2022).

Nowa klasyfikacja wywołała szeroko zakrojoną dyskusję ze względu na pojawienie się dwóch kodów odnoszących się do starości i starzenia się. ICD-10 zawierała kod R54 „niepełnosprawność fizyczna związana z wiekiem”, podczas gdy nowa klasyfikacja opisała „starość (*old age*)” kodem MG2A w kategorii „symptomy ogólne” oraz w sekcji przyczynowość dodała tzw. *extension code*¹ XT9T do opisu problemów „związanych ze starzeniem się” (*ageing related*), co oznacza „spowodowanych przez procesy biologiczne, które nieustająco prowadzą do utraty zdolności adaptacyjnej organizmu a tym samym utraty zdolności rozwoju w starszym wieku” (World Health Organization, 2022). Czy zatem starość to problem zdrowotny? Jeśli wziąć pod uwagę, że za granicę starości przyjmuje się wiek 60 lub 65 lat, to mamy poważny problem, nie tylko zdrowotny (Banerjee, Mukhopadhyay, Rabheru, Ivbijaro, & de Mendonca Lima, 2021; Conway, 2022; EurekaAlert, 2018; Schuler, 2021).

Wprowadzenie starości jako choroby do ICD-11 spotkało się z jednej strony z falą entuzjazmu wśród tych stowarzyszeń gerontologicznych, które od lat lobbowały za tym

¹ Służą jako przymiotniki dokładniej objaśniające patologie w odniesieniu do terminów uprzednio dobrze rozumianych i niebudzących wątpliwości, np. nowotwór spowodowany ekspozycją na czynniki kancerogenne w miejscu pracy jest definiowany w odrębnej kategorii niż nowotwór wywołany czynnikami dziedzicznymi.

rozwiązaniem, zaś z drugiej z silnym sprzeciwem ich koleżanek i kolegów z branży. Doszły do tego również głosy lekarzy, psychiatrów i opinii publicznej, wywołując burzliwą dyskusję pomiędzy uczestnikami po obu stronach muru.

Skąd wziął się pomysł na uznanie biologicznego starzenia się za chorobę? Inicjatorem akcji był doktor Alex Zhavoronkov, Dyrektor Naukowy *Biogerontology Research Foundation*, który zaproponował stworzenie grupy *Task Force*, która lobbowałaby na rzecz uznania starości za chorobę wśród przedstawicieli Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) odpowiedzialnej za ICD. Zhavoronkov uznał, iż dotychczasowy sposób klasyfikacji starości (ICD-10 R54) jest tzw. kodem śmietnikowym, którym opisuje się prawdopodobne przyczyny zgonów. Jednocześnie od lat w swych pracach udowodniał, że istnieją dowody pozwalające na utożsamienie biologicznego starzenia się z chorobą, o czym będzie jeszcze mowa (EurekAlert, 2018; Zhavoronkov & Bhullar, 2015). Grupa *Task Force* odniosła sukces, gdyż w ICD-11 zaproponowano nową jednostkę chorobową „starość” (*old age*). Sprzeciw, jaki kod MG2A wywołał wśród innych naukowców sprawił, że finalnie został on przemianowany na „*ageing associated decline in intrinsic capacity*”, czyli „związany z wiekiem spadek w wewnętrznej wydajności”. Warto przyjrzeć się głosom zwolenników i przeciwników uznawania starzenia się za chorobę, gdyż prezentowane studium przypadku znakomicie wpisuje się w kontekst medykalizacji. Mamy tu bowiem do czynienia z uznaniem naturalnego procesu życiowego za patologię i nazwaniem go chorobą (poziom konceptualny) oraz wprowadzeniem na listę chorób (poziom instytucjonalny) (Conrad, 2007). Jak już wcześniej nadmieniono, próbę wprowadzenia starości na listę chorób należy uznać za zwieńczenie, kwintesencję procesów i zjawisk opisywanych przez Estes i Binney w 1989 roku oraz innych autorów

w latach późniejszych (Binney, Estes, & Ingman, 1990; Donizzetti, 2019; Ebrahim, 2002; Estes & Binney, 1989; Mulley, 2012; Schmidt, 2011; Wood & Estes, 1988; Zora et al., 2022). Próba zrównania procesu biologicznego starzenia się ze stanem choroby wydaje się mieć poważne konsekwencje dla postrzegania schyłkowej fazy ludzkiego życia.

Materiał i metody

Celem artykułu jest analiza dyskusji toczącej się na łamach czasopism naukowych i w przestrzeni medialnej w oparciu o rekonstrukcję stanowisk oraz argumenty używane przez zwolenników, jak i przeciwników biomedykalizacji starości. Przedmiotem analizy były artykuły w czasopismach naukowych oraz wypowiedzi naukowców (zwolenników i przeciwników medykalizacji) pojawiające się w internetowej przestrzeni jako ich oficjalne stanowiska oraz komentarze i odpowiedzi do stanowisk ich koleżanek i kolegów. Po zebraniu wstępnej puli materiałów publikacyjnych dotyczących biomedykalizacji starości i starzenia się dokonano ich selekcji w oparciu o podstawowe kryterium, jakim był związek publikacji / wypowiedzi z przygotowywaną nową rewizją ICD. W ten sposób do ostatecznej analizy wykorzystano 10 artykułów z czasopism naukowych oraz 6 oficjalnych wypowiedzi opublikowanych w Internecie z lat 2018–2022. Wszystkie materiały poddane analizie były w języku angielskim, a przywoływane cytaty będące ilustracją stanowisk zostały przetłumaczone przez autorkę.

Stanowisko zwolenników medykalizacji biologicznego starzenia się

Jak wcześniej wspomniano zwolennicy tego podejścia skupili się wokół doktora Zhavoronkova w ramach *Task Force*, w którego skład weszli przedstawiciele *Biogerontology*

Research Foundation oraz *International Longevity Alliance*. Celem tego zespołu było wypracowanie interdyscyplinarnego ujęcia, w ramach którego starzenie się może być sklasyfikowane jako choroba z wieloma różnymi kodami chorobowymi tak, aby ułatwić ocenę skuteczności programów terapeutycznych i strategii prewencyjnych (EurekAlert, 2018; Schuler, 2021; Zhavoronkov & Bhullar, 2015). Główną pomysłodawczynią projektu zgłoszonego do WHO była Daria Khaltourina (EurekAlert, 2018).

W swych wcześniejszych pracach Zhavoronkov pisał o zaletach taktowania starzenia się w kategoriach medycznej patologii: (...) *Zakładamy, że zaklasyfikowanie starzenia się jako choroby (...) przyczyni się do nowych podejść i modeli biznesowych traktujących starzenie się jako dające się leczyć schorzenie², co w konsekwencji doprowadzi do korzyści zarówno ekonomicznych, jak i tych w obszarze ochrony zdrowia dla wszystkich uczestników. Kwestionowane przez niektórych klasyfikowanie starości jako choroby może prowadzić do wydajniejszej alokacji zasobów poprzez umożliwienie fundatorom i innym udziałowcom używania quality-adjusted life years (QALYs) oraz healthy-years equivalent (HYE) jako miar podczas oceny programów badawczych oraz klinicznych³* (Zhavoronkov & Bhullar, 2015).

W podobnym tonie wypowiadał się członek zarządu *Biogerontology Research Foundation*, Dmitry Kaminskiy: (...) *Klasyfikowanie starości jako choroby dopuści do głosu całkowicie nowe modele biznesowe w obszarze leczenia starzenia się, oparte na QALY i HYE jako miernikach sukcesu w klinicznej ocenie interwencji nakierowanej na leczenie starzenia się jako jednolitej choroby* (EurekAlert, 2018).

Powyższe argumenty wskazują na wymierne, ekonomiczne skutki uznania starości za

2 *Treatable condition*

3 Wszystkie cytaty w tłumaczeniu autorki artykułu.

chorobę, co umożliwiłoby remodelowanie polityk społecznych i zdrowotnych oraz tworzenie nowych rozwiązań w sektorze ochrony zdrowia.

Inny członek zarządu *Biogerontology Research Foundation* Jim Mellon powoływał się natomiast na argumenty zaczerpnięte z obszaru medycyny: (...) *zostało udowodnione, że starzenie się samo w sobie jest jednolitą chorobą i jako taka powinno zostać skategoryzowane. Zdecydowanie dokładam swój głos do tych, które domagają się aby WHO sklasyfikowała w ICD-11 starzenie się jako chorobę* (EurekAlert, 2018).

W podobnym tonie wypowiadała się także Daria Khaltourina, socjolożka, antropolożka i demografka: (...) *Zgromadziliśmy usystematyzowane kliniczne dane ludzkie dotyczące mechanizmów starzenia się, metod diagnostycznych oraz interwencji przeciwstarzeniowych w oparciu o podstawowe zasady EBM. Planujemy kontynuować w WHO, rządach i społeczności biomedycznej forsowanie stanowiska, wedle którego biologiczne starzenie się jest chorobą, stanem, który poddaje się prewencji⁴ i leczeniu* (EurekAlert, 2018).

Zwolennicy tego podejścia powołują się także na inne przykłady z historii medycyny (np. medykalizacja zaburzeń umysłowych w tym autyzmu) udowadniając, iż uznanie „stanu bycia” (np. autystykiem⁵) jako choroby (a state of being) prowadzi do zwiększenia

4 Obecne osiągnięcia w obszarze badań medycznych wskazują, iż istnieje substancja hamująca proces starzenia się organizmu na poziomie komórkowym. Jest to metformina, która jest głównym składnikiem leku przeciw cukrzycowego. Obiecujące testy na zwierzętach sprawiły, że Amerykańska Agencja Żywności i Leków zezwoliła na testy na ludziach. Gdyby substancja wykazywała podobne właściwości w organizmie człowieka byłoby to przełomowe odkrycie. Dotychczasowe rozwiązania farmakologiczne jedynie opóźniają proces biologicznego starzenia się, podczas gdy metformina wykazuje właściwości hamujące ten proces.

5 *A state of being autistic*

zainteresowania danym problemem, umożliwia rozwój bardziej adekwatnych metod diagnostycznych oraz terapii (dzięki testom klinicznym), jak również sprzyja większemu zaangażowaniu przemysłu farmaceutycznego i twórców polityki (Zhavoronkov & Bhullar, 2015).

Powyższe argumenty z jednej strony wskazują na medyczne podstawy pozwalające na uznanie starości i starzenia się jako choroby oraz podkreślają jednocześnie pozytywne konsekwencje tej decyzji w postaci zainteresowania problemem opinii publicznej oraz przyspieszenia badań i rozwiązań farmakologicznych w odniesieniu do starości i starzenia się.

Ci sami autorzy przyznają jednocześnie, że nie ma obecnie uniwersalnych zestawów biomarkerów starzenia się ani też wytycznych, jak je mierzyć, zaś dotychczas stosowane biomarkery były ekstrapolowane z modeli zwierzęcych na ludzi. Podkreślają jednak, iż wraz z pojawieniem się Big Data możliwe staje się badanie starzenia się na poziomie epigenetycznym (badania nad długością telomerów, biomarkery z krwi) (Horvath, 2013; Horvath et al., 2014; Horvath & Levine, 2015; Zhavoronkov & Bhullar, 2015). Rodzi się zatem pytanie, o twarde dowody naukowe wskazujące na to, by starość i starzenie się rzeczywiście były możliwą do leczenia patologią. Wydaje się bowiem, że w chwili obecnej brakuje – co przyznają sami zwolennicy ostatecznej medykacji starości i starzenia się – rzetelnych mierników, a badania na ludziach są dopiero w fazie konceptualizacji.

Zwolennicy traktowania starzenia się jako choroby poszli jeszcze dalej. W artykule z 2015 roku Zhavoronkov i Bhullar w ramach rekomendacji zaproponowali opracowanie „idealnej normy” (*ideal norm*). Potrzeba jej stworzenia wynika z faktu, iż mimo rosnącej liczby biomarkerów starzenia się, wciąż brakuje punktu odniesienia. Dlatego jednym z rozwiązań byłoby (...) przyjęcie „idealnego”

stanu fizjologicznego pozbawionego chorób towarzyszącego człowiekowi np. w 25 roku życia, a następnie stworzenie zestawu programów interwencyjnych po to, by utrzymać pacjentów tak blisko tego stanu, jak to tylko możliwe. Wtedy definicji zdrowia WHO można byłoby przypisać optymalny zestaw biomarkerów stanowiący o dobrostanie fizycznym, psychicznym i społecznym oraz wyznaczyć fizjologiczny próg, po którym zaburzenia tych biomarkerów mogłyby być traktowane jak choroba (Zhavoronkov & Bhullar, 2015).

Dla niektórych ta propozycja była przejawem zrównania starzenia się biologicznego ze starzeniem się chronologicznym i wywołała kolejną falę krytyki. Wiadomo bowiem, że nasz wiek metrykalny i biologiczny wcale nie muszą iść ze sobą w parze. Dodatkowo, takie postawienie sprawy powoduje stygmatyzację osób młodych, cierpiących na różnorodne schorzenia (należy pamiętać, że pewna grupa schorzeń nie ma metryki, cierpią na nie i młodzi i starzy).

Przeciwnicy medykacji biologicznego starzenia się

Reakcja przeciwników traktowania starości i starzenia się jako choroby skierowana była głównie w kierunku kodu MG2A (*old age*). Podkreślali oni, że starzenie się jest uznawane za normalny ludzki atrybut, zaś długowieczność jest przywilejem (Banerjee et al., 2021; Rabheru, Byles, & Kalache, 2022). Potwierdzają to badania przeprowadzone w Finlandii, podczas których poproszono 3000 zwykłych osób, 1500 lekarzy, 1500 pielęgniarek oraz 200 parlamentarzystów, by ocenili 60 „stanów” (*states of being*), decydując, czy są to dla nich choroby, czy też nie. Starzenie się znalazło się na 58 pozycji (im wyższa pozycja, tym większa percepcja danego stanu jako choroby) (Tikkinen, Leinonen, Guyatt, Ebrahim, & Järvinen, 2012). Zatem mimo narastającej fali medykacji

w potocznej percepcji starzenie się jawi się jako naturalny proces, a nie patologia wymagająca medycznej interwencji.

Kolejnym argumentem przeciw uznaniu starzenia się za chorobę jest fakt, iż wiek chronologiczny (metrykalny) sam w sobie jest niezwykle zindywidualizowany fenotypowo i charakteryzuje się zmiennością międzyosobniczą, zatem wydaje się być słabą zmienną diagnostyczną, prognostyczną i terapeutyczną. Była to reakcja na propozycję „idealnej normy”, która odwoływała się do wieku chronologicznego jako cezury. Autorzy będący reprezentantami tego stanowiska podkreślają, że zmienna ta nie jest także właściwa do oceny zdrowia populacyjnego, inicjatyw promujących zdrowe starzenie się ani do planowania pomocy społecznej. Nie kwestionują oni bynajmniej faktu, iż wiek metrykalny może predysponować do pewnych zaburzeń przewlekłych czy umysłowych, jednak inne czynniki (np. psychospołeczne) odgrywają dużą, a niekiedy większą rolę determinującą (Banerjee et al., 2021). W odpowiedzi na to zwolennicy umedycznienia sprostowali, że chodziło im raczej o „stan zdrowia” uwarunkowany wiekiem, nie zaś o sam wiek chronologiczny sam w sobie (EurekaAlert, 2018).

Przeciwnicy umedycznienia starzenia się podkreślali, że medykacja starości i starzenia wynika z ageistycznych postaw i dodatkowo wzmocni je w społeczeństwie, jak również wśród specjalistów z dziedziny zdrowia psychicznego i lekarzy. W tym kontekście wskazywali też na negatywne skutki dla samych osób starszych, które już teraz często doświadczają społecznych i środowiskowych nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, co umedycznienie starzenia się jeszcze nasili (Banerjee et al., 2021).

Inni autorzy zauważali także pewne problemy techniczne związane z używaniem jednego kodu ICD do opisu biologicznego starzenia się, które jest szeregiem różnorodnych

i niezwykle złożonych procesów. Josh Conway podkreślał, iż próby „wciśnięcia” rozlicznych przyczyn i skutków pod jeden wspólny kod w sposób naturalny napotka na problemy (Conway, 2022).

Jednym z ciekawszych argumentów przeciwników umedycznienia jest wskazywanie na pozytywne aspekty starzenia się takie jak: większe poczucie satysfakcji, większa odporność psychiczna, wyższe poczucie komfortu oraz mądrość (Banerjee et al., 2021). Wyjście poza kategorie medyczne pokazuje, jak bardzo złożonym i wielowymiarowym procesem jest starzenie się, a sprowadzanie go jedynie do wymiaru biologicznego i zrównanie z patologią jest zbyt dużym uproszczeniem oraz jest po prostu krzywdzące dla osób starszych.

Negując zasadność czynienia choroby ze starzenia się, zwolennicy tego nurtu zaproponowali inne rozwiązania, np. aby do ICD wprowadzić zespół kruchości, jako zaburzenie rezerw fizjologicznych oraz spadek funkcjonalności organów i systemów, co w konsekwencji prowadzi do zwiększonej podatności na niepożądane konsekwencje zdrowotne (Chen, Mao, & Leng, 2014). Jest to dużo lepszy wskaźnik diagnostyczny i prognostyczny dla osób w wieku podeszłym, gdyż łączy w sobie funkcjonowanie i podatność, jest ponadto lepszym predykatorem negatywnych skutków jak: śmiertelność, odpowiedź na terapię, potrzeba instytucjonalizacji czy zwiększona częstość korzystania z zasobów systemu ochrony zdrowia. Zespół kruchości jest bardziej jednolity i lepiej zdefiniowany, co więcej jest determinowany wieloma czynnikami w tym biologicznymi i socjoekonomicznymi (Banerjee et al., 2021; Chen et al., 2014; Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013). W literaturze opisywane są zazwyczaj dwa modele kruchości (Chen et al., 2014). Pierwszy związany jest z fenotypem – o zespole kruchości mówi się, gdy występują co najmniej 3 z 5 kryteriów:

słabość, powolność, niski poziom aktywności fizycznej, wyczerpanie i niezamierzona utrata wagi. Drugi to indeks kruchości, który opisuje deficyty w sposób kumulatywny w oparciu o Całościową Ocenę Geriatryczną.

Pod naporem krytyki ze strony przeciwników traktowania starości i starzenia się jako patologii medycznych Światowa Organizacja Zdrowia zmieniła kod MG2A ze „starości” (old age) na „związany z wiekiem spadek w wewnętrznej wydajności” (*ageing associated decline in intrinsic capacity*).

Podsumowanie – potencjalne konsekwencje dyskusji dotyczącej uznania starości i starzenia się za chorobę

Dokonana przez Światową Organizację Zdrowia redefinicja kodu MG2A nie jest równoznaczna z demedykalizacją, czy ze spowolnieniem procesu medykacji starości i starzenia się, przybiera jedynie inne oblicze. Jak już wcześniej zauważono, jest to w zasadzie zwieńczenie tych procesów, które badacze zagadnień medykacji opisywali od lat. Cała dyskusja, która pojawiła się wraz z pierwszymi postulatami uznającymi biologiczne starzenie się za chorobę niesie ze sobą szereg konsekwencji w wielu obszarach i są to konsekwencje zarówno dla starości, starzenia się, jak i osób zajmujących się tymi stanami i procesami, a także dla samych zainteresowanych, czyli dla osób starszych.

1. Obszar medycyny, profesji medycznych, wiedzy i nauki

- ▶ Wzrost liczby stanów definiowanych jako choroba – mimo redefinicji kodu MG2A klasyfikacja ICD-11 zawiera znacznie więcej pozycji odnoszących się do starości i starzenia się w wymiarze biologicznym (kod XT9T oraz kod MG2A, które wewnętrznie

są bardzo rozbudowane). Wzrost wiedzy medycznej pociąga za sobą konieczność dokładnego określania przyczyn zarówno chorób, jak i zgonów. Zatem pociąga on za sobą w sposób nieunikniony wzrost liczby stanów definiowanych jako choroby i ten wymiar medykacji jest bezsprzeczny.

- ▶ Ekspansja kategorii medycznych – przeciwnicy uznania starości za chorobę zwracają uwagę na niebezpieczeństwo, jakim jest możliwa redefinicja innych kodów ICD. Jeśli bowiem będą opisywane kolejne „przyczyny” starzenia się, istnieje ryzyko, że to, co dotychczas nie było w ICD opisywane w kategoriach patologicznych, lecz normatywnych, takie się stanie i będziemy świadkami dalszej ekspansji medykacji. Przykładem może być tu kod MB21.0 (związany z wiekiem spadek kognitywny, który jest normatywnym (nie patologicznym) pogorszeniem się wyższych funkcji korowych takich jak myślenie, wnioskowanie, rozumienie, liczenie, uczenie się, język i osąd (Conway, 2022).

2. Nierówności w obszarze badań – możliwość prowadzenia badań nad procesami starzenia się i możliwość pozyskiwania finansowania na taką działalność – to z pewnością spowoduje rozwój tej dziedziny, jednak może się odbywać kosztem innych, również ważnych.

- ▶ Nierówności w obszarze inwestycji – inwestowanie w nowe, innowacyjne gałęzie medycyny i farmakologii kosztem zabezpieczenia dotychczasowych usług.
- ▶ Konsekwencje dla tzw. kompleksu anty-starzeniowego – to wart wiele milionów dolarów kompleks na pograniczu medycyny, farmakologii i biznesu, który – dzięki uznaniu biologicznego starzenia się za

chorobę – uzyskałby prawomocne podstawy, by sprzedawać „zdrowie” rozumiane jako „młodość”;

- ▶ Farmaceutyzacja – stosowanie dotychczasowych leków w nowych obszarach, tworzenie, testowanie i produkcja nowych leków na „starość” rozumianą jako chorobę.
- ▶ Obszar ubezpieczeń zdrowotnych – konieczność przemodelowania obszaru ubezpieczeń i stworzenie oferty ubezpieczeń pozwalających na pokrycie kosztów leczenia starzenia się.
- ▶ Ignorowanie czynników środowiskowych, psychologicznych i socjokulturowych przyczyniających się do starzenia się organizmu (imperializm medycyny).
- ▶ Skupianie się na biologicznym wymiarze starzenia się jako choroby ignoruje zagadnienia związane z funkcjami umysłowymi, kognitywnymi i społecznymi będącymi przyczyną lub współwystępujących z zaburzeniami o charakterze biologicznym (wpływ pandemii na zaburzenia poznawcze i umiejętności intelektualne osób starszych).
- ▶ Należy także pamiętać, że zmiana dokonana przez Światową Organizację Zdrowia nie spowodowała zniknięcia z dyskursu tych naukowców i badaczy, którzy są zwolennikami medykacji starzenia się. Podkreślają oni przydatność extension code dla celów badawczych i klinicznych, jednak wciąż zwracają uwagę, że: (...) *oznaczenie starości samej w sobie jako patologii podlegającej leczeniu pozwala na właściwe, efektywne podejście do problemów osób starszych, a tym samym jest całkowicie przeciwne zarzucaniu ageizmowi* (EurekaAlert, 2018).

3. Wymiar społeczny

- ▶ Pogłębianie ageistycznego podejścia do procesu starzenia się.

- ▶ Pogłębienie wykluczenia osób starszych z życia społecznego na skutek postrzegania ich jako chorych (stygmatyzacja).
- ▶ Pogłębianie lęku przed starością i starzeniem się (gerontofobia).
- ▶ Pogłębianie wykluczenia osób starszych z obszaru wielu usług zdrowotnych, szczególnie tych, które świadczone są z wykorzystaniem nowych technologii (e-medycyna); medykacja starości i starzenia się umożliwi rozwój technologii „leczenia” ich, jednocześnie zamykając możliwość korzystania z tego prawa osobom o niższych kompetencjach cyfrowych, pozbawionych dostępu do Internetu i urządzeń mobilnych.
- ▶ Pogłębianie istniejących nierówności zdrowotnych między osobami starszymi a resztą społeczeństwa.
- ▶ Pogłębienie nierówności zdrowotnych w starzejących się społeczeństwach.

4. Wymiar ekonomiczny

- ▶ Wzrost nakładów na system ochrony zdrowia i usługi, wypracowanie nowych mechanizmów relokacji środków oraz konieczność ich relokowania.
- ▶ Konieczność zmian w systemie ochrony zdrowia uwzględniających rosnące zapotrzebowanie na wysokospecjalistyczne świadczenia i usługi w obszarze starości i starzenia się.
- ▶ Konsekwencje w obszarze zatrudnienia i pracy (potencjalny wzrost absencji, konieczność zmian w wieku emerytalnym i w warunkach uzyskiwania świadczenia rentowego).

5. Wymiar polityki społecznej

Konieczność dostosowania ustawodawstwa i przepisów do nowych okoliczności.

Konieczność redefinicji polityki społecznej, w tym polityki senioralnej i jej celów.

Zdjęcie odpowiedzialności z instytucji pomocy społecznej i przerzucenie jej na instytucje medyczne.

6. Wymiar jednostkowy –

zmiany w percepcji trajektorii własnego życia – starość jako choroba śmiertelna, nie jako schyłkowy etap ludzkiego życia.

7. Wymiar socjokulturowy –

całkowita deprecjacja starości i odrzucenie jej jako etapu wieńczącego życie, stanowiącego jego kwintesencję (szczególnie w kulturach Dalekiego Wschodu).

Kończąc rozważania warto przywołać tytułowe pytanie – czy zatem starość jest chorobą? W świetle ICD-11 biologiczne starzenie się i starość nie są uznane za chorobę. Biorąc jednak pod uwagę stanowiska zwolenników i przeciwników umedycznienia należy podkreślić dynamikę tego procesu i jego rozwojowy charakter. Historia medykacji starości i starzenia się jest znacznie dłuższa niż epizod związany z nową klasyfikacją ICD i pokazuje wzrastający stopień tego procesu. Uważa się, że wprowadzenie danego stanu na oficjalną listę chorób jest zwieńczeniem tego procesu, zatem w przypadku starości i starzenia się jeszcze się ono nie dokonało. Jednak wzrastająca rola wyjaśnień medycznych oraz rozwiązań farmakologicznych w odniesieniu do tej naturalnej, schyłkowej fazy w cyklu ludzkiego życia pozwala przypuszczać, że całkowite umedycznienie starości jest tylko kwestią czasu. 🗨️

Magdalena Wieczorkowska –

dr n. hum., socjolożka, metodolożka badań społecznych, kierowniczka Zakładu Socjologii na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi. Członkini Sekcji Socjologii Zdrowia i Medycyny oraz Sekcji Socjologii Ciała Polskiego Towarzystwa Socjologicznego. Zainteresowania naukowe dotyczą procesów medykacji i farmaceutykacji

w współczesnych społeczeństwach zachodnich, procesów starzenia się społeczeństw, społeczno-kulturowych i medycznych aspektów postrzegania, funkcjonowania i oddziaływania na ciało a także zagadnień związanych z nauczaniem medycyny w środowisku wielokulturowym. Kierowniczką i członkiem zespołów realizujących projekty międzynarodowe w ramach EIT HEALTH (CoActive, Healthy Loneliness, CitizenAct) oraz ERASMUS + (Healthy Loneliness+). Współpracuje z lokalnymi organizacjami non profit działającymi w obszarze senioralnym. Autorka licznych publikacji poświęconych problematyce medykacji, starzenia się oraz ciała.

Afiliacja

Zakład Socjologii

Uniwersytet Medyczny w Łodzi

E-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5484-889X>

Bibliografia

- Banerjee, D., Mukhopadhyay, S., Rabheru, K., Ibvijaro, G., & de Mendonca Lima, C. A. (2021). Not a disease: a global call for action urging revision of the ICD-11 classification of old age. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(10), e610–e612. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(21\)00201-4](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(21)00201-4)
- Binney, E. A., Estes, C. L., & Ingman, S. R. (1990). Medicalization, public policy and the elderly: Social services in jeopardy? *Social Science & Medicine*, 30(7), 761–771. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90199-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90199-3)
- Chen, X., Mao, G., & Leng, S. X. (2014). Frailty syndrome: an overview. *Clinical Interventions in Aging*, 9, 433. <https://doi.org/10.2147/CIA.S45300>
- Clarke, A. E., Mamo, L., Fishman, J. R., Shim, J. K., & Fosket, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161–194. <https://doi.org/10.2307/1519765>
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. *Lancet*, 381, 752–762.

Conrad, P. (2007). *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*. Johns Hopkins University. Retrieved from <http://faculty.trinity.edu/mkearl/ger-med.html>

Conway, J. (2022). Debate Rages on the Inclusion of Old Age in the ICD-11. Retrieved 15 September 2022, from <https://www.lifespan.io/news/debate-rages-on-the-inclusion-of-old-age-in-the-icd-11/>

Donizzetti, A. R. (2019). Ageism in an Aging Society: The Role of Knowledge, Anxiety about Aging, and Stereotypes in Young People and Adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(8). <https://doi.org/10.3390/IJERPH16081329>

Ebrahim, S. (2002). The medicalisation of old age: Should be encouraged. *BMJ : British Medical Journal*, 324(7342), 861. <https://doi.org/10.1136/BMJ.324.7342.861>

Estes, C. L., & Binney, E. A. (1989). The Biomedicalization of Aging: Dangers and Dilemmas. *The Gerontologist*, 29(5), 587–596. <https://doi.org/10.1093/GERONT/29.5.587>

EurekAlert. (2018). World Health Organization adds extension code. Retrieved 15 September 2022, from <https://www.eurekalert.org/news-releases/601057?fbclid=IwAR1OAOLF8XzzESBd1FYUPjzFTkykWLnxIFx3KhwOa-vw8uEK9FVkB0sYns>

Horvath, S. (2013). DNA methylation age of human tissues and cell types. *Genome Biology*, 14(10). <https://doi.org/10.1186/GB-2013-14-10-R115>

Horvath, S., Erhart, W., Brosch, M., Ammerpohl, O., Von Schönfels, W., Ahrens, M., ... Hampe, J. (2014). Obesity accelerates epigenetic aging of human liver. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(43), 15538–15543. <https://doi.org/10.1073/PNAS.1412759111>

Horvath, S., & Levine, A. J. (2015). HIV-1 infection accelerates age according to the epigenetic clock. *Journal of Infectious Diseases*, 212(10), 1563–1573. <https://doi.org/10.1093/INFDIS/JIV277>

Jankūnaitė, D. (2014). From Medicalization of Old Age to Biomedicalization of Old Age? *Social*

Inquiry into Well-Being, 13(2), 154–166. <https://doi.org/10.13165/SD-14-13-2-03>

Kijak, R. J., & Szarota, Z. (2013). *Starość. Między diagnozą a działaniem* (1st ed.). Warszawa: Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich.

Krajowa Izba Fizjoterapeutów. (2022). Klasyfikacja ICD-11 została oficjalnie wdrożona. Retrieved 15 September 2022, from <https://kif.info.pl/informacje/klasyfikacja-icd-11-zostala-oficjalnie-wdrozona/>

Mulley, G. (2012). Stop the medicalisation of old age. *BMJ*, 344(feb01 2), e803–e803. <https://doi.org/10.1136/BMJ.E803>

Parnowski, T. (2013). Jak się starzejemy? Wymiar biologiczny procesu starzenia się. In *Edukacja osób starszych* (pp. 9–16). Warszawa: Stowarzyszenie Trenerów Organizacji Pozarządowych. Retrieved from www.facebook.com/stowarzyszeniestop

Rabheru, K., Byles, J. E., & Kalache, A. (2022). How “old age” was withdrawn as a diagnosis from ICD-11. *The Lancet Healthy Longevity*, 3(7), e457–e459. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00102-7](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00102-7)

Schmidt, W. C. (2011). Medicalization of Aging: The Upside and the Downside. *Marquette Elder’s Advisor*, 13(1), 55–88. Retrieved from <http://scholarship.law.marquette.edu/eldershttp://scholarship.law.marquette.edu/elders/vol13/iss1/2>

Schuler, E. (2021). ICD-11 and an argument about ‘old age’. Retrieved 19 June 2022, from <https://www.ageing.ox.ac.uk/blog/ICD-11-and-an-argument-about-old-age>

Tikkinen, K. A. O., Leinonen, J. S., Guyatt, G. H., Ebrahim, S., & Järvinen, T. L. N. (2012). What is a disease? Perspectives of the public, health professionals and legislators. *BMJ Open*, 2(6). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2012-001632>

Wood, J. B., & Estes, C. L. (1988). Medicalization of community services for the elderly. *Health and Social Work*, 13(1), 35–42. <https://doi.org/10.1093/HSW/13.1.35>

World Health Organization. (2022). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Retrieved 15 September 2022, from <https://icd.who>

int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/459275392

Zhavoronkov, A., & Bhullar, B. (2015). Classifying aging as a disease in the context of ICD-11. *Frontiers in Genetics*, 6, 1–8. <https://doi.org/10.3389/FGENE.2015.00326>

Zora, S., Cella, A., Poli, S., Veronese, N., Zini, E., Giannoni, P., ... Pilotto, A. (2022). "Ageism" Is Associated With Self-Reported Multidimensional Frailty in Community-Dwelling Older Subjects: A Population-Based Study. *Frontiers in Medicine*, 8, 3004. <https://doi.org/10.3389/FMED.2021.734636>/XML/NLM

Old age finally a disease? Controversy around the new International Statistical Classification of Diseases and Health Problems ICD-11

Abstract

During works over the new revision of the International Statistical Classification of Diseases and Health Problems ICD-11, biological aging has been proposed to be recognized as a disease. Although in the literature, biomedicalization of old age and aging was described much earlier (see Estes and Binney), but the decision about equating of biological aging with the state of disease and its official legitimization in the ICD seems to have serious outcomes for the perception of the end stage of human life. The idea of the ultimate medicalization of old age and aging has found supporters and opponents. The aim of the article is an analysis of discussion conducted in scientific journals as well as in the media space based on the reconstruction of standpoints and arguments used by supporters and opponents of biomedicalization of old age. Supporters of medicalization of old age and aging pointed on real benefits from recognition of biological aging as a disease (effective distributions of medications, insurance policies allowing for cost coverage of the disease treatment). Opponents underlined ageistic attitudes of supporters as well as pointed on such consequences as further exclusion of older adults from social life and health services and health inequalities in aging societies. Realization of the above aim will enable also to indicate multidimensional consequences of medicalization of biological aging.

Keywords: ICD-11, old age, ageing, medicalization, health inequalities.