

Analiza zależności pomiędzy objawami psychotycznymi i zaburzeniami zachowania w chorobie Alzheimera

Relationships between psychotic symptoms and behaviour disorders in Alzheimer's disease

IWONA KŁOSZEWSKA

Z II Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Łodzi

STRESZCZENIE. *Celem pracy było określenie zależności pomiędzy stwierdzonymi zaburzeniami zachowania i objawami psychotycznymi występującymi w ośpieniu o różnym nasileniu w przebiegu choroby Alzheimera (Ch.A.). Dla wszystkich trzech analizowanych stadiów Ch.A. (otępienie umiarkowane, umiarkowanie głębokie i głębokie) w badanej grupie chorych znamieną była zależność pomiędzy obecnością omamów i urojeń. W ośpieniu umiarkowanie głębokim zależność taką stwierdzono pomiędzy obecnością urojeń i agresji, a w ośpieniu głębokim pomiędzy omamami i lękiem oraz pomiędzy lękiem i bezsennością. Obraz stwierdzonych zaburzeń, jego dynamika i zmienność sugerują, że niektóre zaburzenia zachowania i stany psychotyczne mogą wynikać z zaburzeń świadomości, których rozpoznanie utrudnia często brak możliwości oceny orientacji u głęboko ośpiatego chorego. Niektóre obserwowane u chorych zaburzenia przypominają jedynie swoim obrazem typowe psychozy i stanowią reakcję na inne objawy, takie jak upośledzenie pamięci, zaburzenia orientacji, omamy wzrokowe, zaburzenia rozpoznawania miejsc, osób, ich zachowania i mimiki.*

SUMMARY. *This work analyzes the relationships between behaviour disorders and psychotic symptoms in different degrees of dementia in Alzheimer's disease. In all three phases of Alzheimer's disease (moderate, moderately severe and severe dementia) in the studied group of patients a significant correlation was found between presence of hallucinations and presence of delusions. In moderately severe dementia a significant correlation was found between presence of delusions and aggression. In severe dementia significant correlations were found between hallucinations and anxiety and between anxiety and insomnia. The manifestations of these disorders, their dynamics and mutability suggest that some behaviour disorders and psychotic states in patients with Alzheimer's disease may be caused by disturbed consciousness but they are difficult to diagnose because it is not possible to assess orientation in severely dementive patients. Some of the disturbances presented by the observed patients only resemble typical psychoses but are in fact responses to other symptoms such as memory loss, disturbed orientation, visual hallucinations, disturbed recognition of places, people, their behaviour and mimicry.*

Słowa kluczowe: choroba Alzheimera / objawy psychotyczne / zaburzenia zachowania
Key words: Alzheimer's disease / symptoms / behaviour disorders

Zaburzenia zachowania i objawy psychologiczne występujące w ośpieniu (*behavioral and psychological signs and symptoms of dementia*) zdefiniowane zostały przez Międzynarodowe Towarzystwo Psychogeriatryczne jako „przedmiotowe i podmiotowe objawy zaburzeń spostrzegania, treści myś-

lenia, nastroju lub zachowania, które często występują u chorych z ośpieniem” [10]. Objawy te obserwowane są we wszystkich fazach choroby Alzheimera (Ch.A.), przy czym największe nasilenie osiągają w ośpieniu o umiarkowanym i znacznym nasileniu, a w ośpieniu bardzo głębokim stają się

zdaniem Reisberga [19, 21, 22] rzadsze i słabiej wyrażone, a na pewno trudne do oceny.

Prace poświęcone tej problematyce dotyczą głównie pojedynczych objawów, rzadko natomiast podejmowane są próby opisanie zespołów objawów charakterystycznych dla otępienia. Wydaje się, przynajmniej teoretycznie, że bardziej przydatne zarówno z naukowego, jak i klinicznego punktu widzenia jest poznanie zespołów psychopatologicznych, a nie tylko pojedynczych objawów. Łączne występowanie objawów świadczyć może przynajmniej hipotetycznie o ich wspólnym podłożu biochemicznym lub anatomicznym w ośrodkowym układzie nerwowym, co może zostać wykorzystane w badaniach mających na celu powiązanie określonych zachowań z leżącymi u ich podstaw mechanizmami neurofizjologicznymi. W praktyce klinicznej ogólnie przyjętym sposobem postępowania jest przecież leczenie zespołów objawów, a nie stosowanie na każdy objaw innego leku.

Dotychczas opublikowane doniesienia grupujące objawy w zespoły dotyczyły jedynie wybranych zagadnień. Hope i wsp. [13] ograniczyli się do opisu zespołów związanych z zaburzeniami zachowania o obrazie wędrowania (*wandering*). Devanand i wsp. [9] wykonali analizę czynnikową pogrupowanych *a priori* objawów i wykazali, że odhamowanie seksualne i „apatia-zobojętnienie” – to zespoły charakterystyczne dla otępienia w Ch.A. Cohen-Mansfield i wsp. [4, 5, 6, 7, 8] w swoich licznych pracach, które dotyczyły otępiały i nie otępiały osób w wieku podeszłym, przebywających w domach opieki, opisali trzy zespoły zaburzeń zachowania:

- *zachowania agresywne*: bicie, kopanie, popychanie, drapanie, niszczenie przedmiotów, przeklinanie, agresja słowna, chwytanie, gryzienie, plucie,
- *zaburzenia zachowania bez agresji fizycznej*: chodzenie bez celu – wędrowanie, nie stosowne ubieranie się i rozbieranie, powtarzanie pytań lub stwierdzeń, próby od-

dalania się, niewłaściwe używanie i traktowanie przedmiotów, ogólnie niespokojne zachowanie, powtarzane manieryzmy,

- *pobudzenie werbalne*: zgłaszanie skarg, ciągle zwracanie na siebie uwagi otoczenia, negatywizm, powtarzanie zdań, pytań, krzyk.

W najnowszej swojej pracy Hope i wsp. [12] opisali, na podstawie badania 97 pacjentów z otępieniem o różnej etiologii, trzy inne zespoły tych zaburzeń i jednocześnie zakwestionowali zasadność wyodrębnienia zespołów proponowanych przez Cohen-Mansfield. U pacjentów o różnym nasileniu otępienia autorzy przeprowadzili wielowymiarową analizę statystyczną powtarzaną trzykrotnie w odstępach 4-miesięcznych. Pozwoliło im to na wydzielenie następujących zespołów:

- *nadmierna aktywność*: częste lub ciągle chodzenie, chodzenie bez celu, podążanie za opiekunem,
- *zachowanie agresywne*: agresywne stawianie oporu, agresja fizyczna (kopanie, drapanie, bicie, plucie itp.),
- *zaburzenia psychotyczne*: omamy, urojeń, lęk.

CEL

Celem było określenie zależności pomiędzy najczęściej występującymi zaburzeniami zachowania i objawami psychotycznymi występującymi w przebiegu Ch.A. w otępieniu o różnym nasileniu.

BADANI PACJENCI I METODA

Badana grupa 141 pacjentów z Ch.A. została omówiona szczegółowo w poprzednim artykule [15, w tym zeszycie]. W obecnej pracy analizie poddano tylko tych pacjentów, u których stwierdzono przynajmniej jedną

Tablica 1. Objawy pomiędzy którymi wystąpiły istotne statystycznie zależności przy zastosowaniu testu Fishera z poprawką *mid-p*

Stadium GDS	Objawy	test Fishera (p)	Tau-b	S (%)
4	urojenia i omamy	0,0326797	0,57009	83,33
5	omamy i urojenia	0,0036844	0,37175	68,85
5	urojenia i agresja	0,0062326	0,35150	68,85
5	urojenia i omamy inne niż wzrokowe	0,0143239	0,30735	63,93
5	urojenia i omamy wzrokowe	0,0036844	0,37175	68,85
6	urojenia i omamy	0,0285726	0,29096	63,33
6	omamy i lęk	0,0019827	0,40755	73,33
6	lęk i bezsenność	0,0190524	0,30934	70,00
4, 5 i 6	omamy wzrokowe i zespół Godota	0,0284362	0,16679	73,38
4, 5 i 6	urojenia „nie mój dom” i omamy wzrokowe	0,0444053	0,16679	73,38
4, 5 i 6	urojenia „podstawienia” i omamy wzrokowe	0,0151716	0,21019	78,42

Tau-b – współczynnik Kendalla Tau-b (korelacja pomiędzy zmiennymi)

S – odsetek wyników zgodnych (0–0, 1–1).

formę zaburzeń zachowania lub zaburzenia psychotyczne (lista objawów w tabl. 1, w [15], w tym zeszycie). Każdorazowo ustalano nasilenie otępienia stosując *Mini-Mental-State Examination* [11], skalę „Pamięć-wiadomości-koncentracja” i „Skalę otępienia” Blessed’a [3] oraz *Global Deterioration Scale* (GDS) Reisberga i wsp. [20]. Na podstawie wyników tej ostatniej pacjenci byli zaliczani do jednego ze stadiów Ch.A., pierwsze stadium oznacza pełne zdrowie, a stadium 7 bardzo głębokie otępienie. Dokładny opis kolejnych stadiów znajduje się w poprzedniej pracy dotyczącej tej samej grupy chorych [15, w tym zeszycie] – w stadium GDS 4 oceniane objawy, w tym zeszycie) stwierdzono u 18 chorych, w GDS 5 u 61 chorych, a w stadium 6 u 60 osób. Badaniem nie objęto pacjentów w GDS 7 ze względu na rzadkie występowanie poszukiwanych objawów, co uniemożliwiało analizę statystyczną.

Do zbadania związku występowania badanych objawów w stadium GDS 4, 5 i 6 wykorzystano test niezależności Fishera z poprawką *mid-p*. Dla zmiennych wykazujących zależności obliczano również współczynnik korelacji rangowej (tau-b Kendalla), aby sprawdzić czy zmienne są skorelowane dodatnio czy ujemnie.

WYNIKI

W stadium GDS 4, 5 i 6 stwierdzono istnienie dodatniej zależności (współczynnik korelacji tau-b Kendalla) pomiędzy występowaniem urojeń i omamów (odpowiednio 2 osoby na 18, 9 osób na 61, 13 osób na 60).

W stadium GDS 5 stwierdzono istotny związek występowania urojeń o różnych treściach z obecnością omamów innych niż omamy wzrokowe (4 osoby na 61), urojeń o różnych treściach z omamami wzrokowymi (9 osób na 61) oraz dodatnią korelację pomiędzy występowaniem urojeń o różnych treściach i agresji (12 osób na 61), a w GDS 6 pomiędzy wszystkimi rodzajami omamów i lękami (12 osób na 60) oraz lękami i zaburzeniami snu (7 osób na 60).

W całej badanej grupie stwierdzono istotny związek pomiędzy występowaniem omamów wzrokowych i obecnością lęków (17 osób na 139), omamów wzrokowych i urojeń typu „nie mój dom” (9 osób na 139) oraz omamów wzrokowych i urojeń podstawienia opiekuna (5 osób na 139).

Różnice w częstości występowania objawów u kobiet i mężczyzn były nieistotne statystycznie. Jedynie w stadium GDS 6 agresja połączona z urojeniami występowała istotnie

częściej u mężczyzn niż kobiet ($p < 0,003$), natomiast agresja bez urojeń i urojenia bez towarzyszącej agresji u obu płci były obserwowane równie często. Tabl. 1 zawiera dokładne dane dotyczące istotnych statystycznie zależności pomiędzy objawami.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badania przeprowadzono u pacjentów znajdujących się w różnych stadiach Ch.A. Ich celem była ocena, czy istnieją charakterystyczne dla poszczególnych stadiów choroby korelacje pomiędzy obecnością poszczególnych objawów. W stadium GDS 4 Ch.A. wykazano jedynie istnienie znamiennej zależności pomiędzy występowaniem omamów i urojeń. W stadium GDS 5 obok zespołu omamowo-urojeniowego stwierdzono związek pomiędzy obecnością urojeń i agresji, a w stadium 6 pomiędzy omamami i urojeniami, omamami i lękami oraz omamami i bezsennością.

Zaburzenia świadomości (w piśmiennictwie angielskim stosowany jest termin *delirium* – majaczenie) mogą pojawiać się w przebiegu otępienia o różnej etiologii [23]. Powszechnie stosowane klasyfikacje diagnostyczne DSM-III-R [1], DSM-IV [2] i ICD-10 [18] podając kryteria rozpoznawania majaczenia, podkreślają, że obraz kliniczny jest tak charakterystyczny, że można postawić wiarygodne rozpoznanie nawet wtedy, gdy przyczyna tego stanu nie jest jasna [14]. Mało natomiast uwagi poświęcają rozpoznawaniu majaczenia w przebiegu otępienia, ograniczając się do stwierdzenia, że świadomość w zespole otępiennym jest niezaburzona [2]. Im bardziej nasilone jest otępienie tym trudniejsza jest jednak ocena poziomu świadomości chorego. Kontakt z pacjentem i jego zdolność utrzymywania uwagi zaburzone są poprzez sam proces otępienny i nie mogą być podstawowym kryterium rozpoznawania majaczenia. W tej sytuacji dodatkowo znaczenia nabierają inne objawy charakterystyczne dla majaczenia: zaburzenia spostrzegania (głównie omamy wzrokowe), prze-

mijające urojenia, zaburzenia psychoruchowe, emocjonalne i zaburzenia rytmu sens-czuwanie [14].

Dla wszystkich etapów rozwoju Ch.A. znamieną była zależność pomiędzy obecnością omamów i urojeń oraz pomiędzy omamami wzrokowymi i lękiem, przy czym w stadium GDS 5 pomiędzy urojeniami i omamami innymi niż wzrokowe. Lerner i wsp. [17] stwierdzili, że omamy wzrokowe – to najczęściej występujące omamy w Ch.A. i powiązane są na ogół z takimi objawami jak agresja słowna i urojenia. Podobnie w grupie polskich chorych z Ch.A. przedstawionej w poprzedniej pracy [15, w tym zeszycie], najczęściej stwierdzanymi omamami były omamy wzrokowe. Występowały one u 8,7% chorych w stadium GDS 4, 18,8% chorych w GDS 5, 26,2% chorych w GDS 6 oraz 11,8% chorych w GDS 7.

Omamy wzrokowe w badanej grupie pacjentów z Ch.A. były najczęściej postaciami ludzkimi, często nieruchomymi, opisywanymi niekiedy jako postaci już nieżyjących krewni bądź znajomych, czy też obcych osób składających choremu wizytę. Reakcja chorych była bardzo zróżnicowana. Niektórzy chorzy podawali „gościom” herbatę, szykowali dodatkowe nakrycia w czasie posiłku, inni reagowali lękiem lub agresją. Często omamom wzrokowym towarzyszyły wypowiedzi urojeniowe, charakterystyczne dla otępienia, typu „nie mój dom” i urojenia podstawienia opiekuna. Urojenia wypowiedziane były przez chorych okresowo, pojawiały się nagle i nagle ustępowały.

Być może objawy te świadczą o przemijających zaburzeniach świadomości, a mianowicie o rzadko rozpoznawanym u tych pacjentów majaczeniu. Przemawia za tym obraz omamów wzrokowych, ostry przebieg i epizodyczność opisywanych zjawisk. Urojenia „nie mój dom” i podstawienia opiekuna mogą być wtórne wobec przejściowej dezorientacji związanej z majaczeniem. Interpretacja taka tłumaczyłaby zmienność obrazu psychopatologicznego często obserwowaną u chorych otępiały. Badania

przeprowadzone przez Kurodę i wsp. [16] w grupie 129 hospitalizowanych z różnych powodów chorych powyżej 65 r.ż. wykazały, że majaczenie ustąpiło u 80% pacjentów, przy czym u osób otępiełych przewlekało się i wykazywało skłonność do częstych nawrotów.

Zachowania agresywne w Ch.A. miały różne podłoże. W części przypadków związane były z urojeniami prześladowczymi i okradania. Korelacja ta dotyczyła głównie chorych w stadium GDS 5. Agresja wynikała wtedy z takich przeżyć psychotycznych jak poczucie zagrożenia spowodowane przekonaniem o prześladowaniach, kradzieży lub zdradzie. Zachowania agresywne występowały również u chorych nie wypowiadających urojeń, np. były wyzwalane przez próby wykonywania zabiegów higienicznych przez opiekuna. W chwilach przemijającej dezorientacji u otępiełego chorego mogą pojawić się zaburzenia rozpoznawania nie tylko samej osoby opiekuna, ale zaburzeniu może także ulec proces rozpoznawania sytuacji, w której chory się znalazł. Reakcją chorego na niezrozumiałe zachowanie opiekuna, jego gesty związane z pielęgnacją może być agresja słowna i/lub fizyczna skierowana przeciwko opiekunowi. Łączne występowanie lęków i bezsenności w stadium GDS 6, sugeruje, że mogły to być objawy majaczenia narastającego w godzinach nocnych.

Przedstawione wyniki upoważniają do wyodrębnienia następujących zespołów psychopatologicznych występujących w przebiegu otępienia w Ch.A.: zespołu omamowo-urojeniowego, zespołu urojeniowego z zachowaniami agresywnymi, zespołu omamowo-lękowego oraz zespołu lękowego z bezsennością. W głębokim otępieniu dominują zespoły świadczące pośrednio o występowaniu zaburzeń świadomości, których częstość wzrasta wraz z pogłębianiem się otępienia.

Hope i wsp. w swoim doniesieniu z 1997 r. [12] poddali analizie współwystępowanie objawów należących do tych samych kategorii u pacjentów z otępieniem o różnej etiologii i o różnym nasileniu. Podobnie jak w tej pra-

cy jednym z zespołów, który został wyodrębniony przez tych badaczy był zespół objawów psychotycznych pod postacią omamów, urojeń i lęków. Pozostałych dwóch zespołów (nadmiernej aktywności i zachowań agresywnych) opisanych przez Hope'a i wsp. [12] nie stwierdziłam w materiale własnym. Wynika to z przyjętego założenia, że nie ma uzasadnienia łączenie w zespoły takich objawów pokrewnych, jak np. nadmiernej aktywności ruchowej z aktywnością bezcelową czy agresji słownej z agresją fizyczną. Z prac Cohen-Mansfield i wsp. [4, 5, 6, 7, 8] wynika, a potwierdzają to codzienne obserwacje kliniczne, że objawy te często występują u jednego pacjenta i mogą dominować w obrazie zaburzeń zachowania.

Porównanie uzyskanych tu wyników z wynikami innych autorów nastęrcza pewne trudności. Inni autorzy nie uwzględniali nasilenia zespołu otępiennego. Natomiast opracowania Cohen-Mansfield i wsp. [4, 5, 6, 7, 8] poświęcone były zaburzeniom zachowania w wąskim tego słowa znaczeniu, które zostały określone jako niedostosowana aktywność słowna, głosowa bądź ruchowa oceniana przez obserwatora z zewnątrz nie wynikająca bezpośrednio z potrzeb lub z zaburzeń świadomości pobudzonej osoby. W swoich badaniach autorzy ci nie uwzględniali objawów psychotycznych ani zaburzeń emocji. Poza tym ich opracowania dotyczyły pacjentów w wieku podeszłym, niezależnie od ich stanu psychicznego.

Przedstawione wyniki badań sugerują, że obok typowych zaburzeń psychotycznych w przebiegu Ch.A., występować mogą również takie, które wprawdzie przypominają zaburzenia psychotyczne, ale wynikają (są wtórne?) ze współistnienia:

-
-
- zaburzeń pamięci,
 - zaburzeń orientacji,
 - omamów wzrokowych,
 - zaburzeń rozpoznawania miejsc, osób, gestów, mimiki, znaczenia czynności.
-
-

Wymienione objawy mogą prowadzić u chorych do błędnych interpretacji zdarzeń (urojeniowe interpretacje, np. zapominanie, gdzie został położony przedmiot i przekonanie, że jest się okradanym), lęku, agresji, oddalania się. W wielu sytuacjach przyczyną nagle pojawiających się zaburzeń zachowania są zaburzenia świadomości, o czym świadczą może występowanie typowych dla majaczenia omamów wzrokowych i zachowań wynikających prawdopodobnie z dezorientacji.

Istnieje niewątpliwie potrzeba kontynuowania badań nad zaburzeniami psychicznymi towarzyszącymi zaburzeniom poznawczym w otępieniu. Znajomość mechanizmów ich powstawania umożliwi wybór odpowiedniego postępowania z chorym i właściwe leczenie farmakologiczne. Szczególnie istotne jest udoskonalenie metod rozpoznawania zaburzeń świadomości rozwijających się w przebiegu otępienia i świadczących często o dołączeniu się somatycznego procesu chorobowego. Podejrzanie zaburzeń świadomości jest szczególnie zasadne gdy włączenie do leczenia słabo działających neuroleptyków o wyraźnym działaniu antycholinergicznym powoduje narastanie zaburzeń psychicznych. Właściwym postępowaniem w takiej sytuacji powinno być zastosowanie małych dawek silnie działających neuroleptyków.

WNIOSKI

1. Dla wszystkich trzech analizowanych stadiów Ch.A. w badanej grupie chorych znamieną była zależność pomiędzy obecnością omamów i urojeń. W stadium GDS 5 zależność taką stwierdzono pomiędzy obecnością urojeń i agresji, a w stadium GDS 6 pomiędzy omamami i lękiem oraz pomiędzy lękiem i bezsennością.
2. Omamy wzrokowe, najczęściej stwierdzany rodzaj omamów w otępieniu, we wszystkich analizowanych stadiach Ch.A. występowały w istotnej korelacji z lękiem, z urojeniami typu „nie mój dom”, oraz z urojeniami podstawienia opiekuna. Stwierdzenie łącznego występowania tych objawów, ich obraz, nagły początek i przemijający charakter sugerują, że mogą one być wyrazem zaburzeń świadomości.
3. Prawdopodobnie w przebiegu Ch.A. obok właściwych zaburzeń psychotycznych mogą występować stany o podobnym do nich obrazie, ale wynikające (wtórne) w stosunku do innych zaburzeń (upośledzeń pamięci, zaburzeń orientacji, omamów wzrokowych, zaburzeń rozpoznawania miejsc, osób, ich zachowania i mimiki) prowadzących do błędnych interpretacji zdarzeń, lęku, agresji, oddalania się.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Revised. (DSM-III-R). American Psychiatric Association, Washington 1987.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ed. (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington 1994.
3. Blessed G., Tomlinson B.E., Roth M.: The association between quantitative measures of dementia and of senile change in the cerebral grey matter of elderly subjects. *Br. J. Psychiatry* 1968, 114, 797–811.
4. Cohen-Mansfield J.: Assessment of disruptive behavior/agitation in the elderly: function, methods and difficulties. *J. Geriatr. Psychiatry Neurol.* 1995, 8, 52–60.
5. Cohen-Mansfield J., Billing N.: Agitated behaviors in the elderly: I. A conceptual review. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1986, 34, 711–721.
6. Cohen-Mansfield J., Marx M.S., Rosenthal A.S.: A description of agitation in a nursing home. *J. Gerontol. Med. Sci.* 1989, 44, M77–M84.
7. Cohen-Mansfield J., Marx M.S., Werner P.: Agitation in elderly persons: An integrative report of findings in a nursing home. *Int. Psychogeriatr.* 1992, 4, suppl. 2, 221–240.
8. Cohen-Mansfield J., Billing N., Lipson S., Rosenthal L., Pawlson L.G.: Medical correlates for agitation in nursing home residents. *Gerontology* 1990, 36, 150–158.

9. Devenand D.P., Brockington C.D., Moody B.J., Brown R.P., Mayeux R., Endicott J., Sackheim H.A.: Behavioural syndromes in Alzheimer's disease. *Int. Psychogeriatr.* 1992, 4, suppl. 2, 161–184.
10. Finkel S., Silva C.E., Cohen G., Miller S., Sartorius M.: Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1997, 12, 1060–1061.
11. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R.: „Mini-mental state”: a practical method for grading the mental state of patients for the clinician. *J. Psychiatr. Res.* 1975, 12, 189–198.
12. Hope T., Keene J., Fairburn C., McShane R., Jacoby R.: Behaviour changes in dementia 2: are there behavioural syndromes? *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1997, 12, 1074–1078.
13. Hope T., Tilling K.M., Gedling K., Keene J.M., Cooper S.D., Fairburn C.G.: The structure of wandering in dementia. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1994, 9, 149–155.
14. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, IPIŃ, Kraków–Warszawa 1997.
15. Kłoszewska I.: Częstość występowania objawów psychotycznych i zaburzeń zachowania w poszczególnych stadiach choroby Alzheimera. *Post. Psychiatr. Neurol.* 1998, 3.
16. Kuroda S., Ishizu H., Ujike H., Otsuki S., Mitsunobu K., Chuda M., Yamamoto M.: Senile delirium with special reference to situational factors and recurrent delirium. *Acta Medica Okayama* 1990, 44, 267–272.
17. Lerner A.J., Koss E., Patterson M.B., Ownby R.L., Hedera P., Friedland R.P., Whitehouse P.J.: Concomitants of visual hallucinations in Alzheimer's disease. *Neurology* 1994, 44, 523–527.
18. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta. ICD-10. Uniw. Wyd. Med. „Vesalius”, Kraków 1996.
19. Reisberg B., Borenstein J., Salob S.P., Ferris S.H., Franssen E., Georgotas A.: Behavioral symptoms in Alzheimer's disease: Phenomenology and treatment. *J. Clin. Psychiatry* 1987, 48, suppl., 9–15.
20. Reisberg B., Ferris S.H., deLeon M.J., Crook T.: The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am. J. Psychiatry* 1982, 139, 1136–1139.
21. Reisberg B., Ferris S.H., Torossian C., Kluger A., Monteiro I.: Pharmacologic treatment of Alzheimer's disease: a methodologic critique based upon current knowledge of symptomatology and relevance for drug trials. *Int. Psychogeriatr.* 1992, 4, suppl. 1, 9–42.
22. Reisberg B., Ferris S.H., Shulman E.: Longitudinal course of normal aging and progressive dementia of the Alzheimer's type: A prospective study of 106 subjects over a 3.6 year mean interval. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 1986, 10, 571–578.
23. Tueth M.J., Cheong J.A.: Delirium: diagnosis and treatment in the older patient. *Geriatrics* 1993, 48, 75–80.

*Adres: Dr Iwona Kłoszewska, II Klinika Psychiatryczna AM,
ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź*