

## Psychologiczna ocena zespołów otępiennych

ELŻBIETA ŁUCZYWEK

Z Kliniki Neurochirurgii Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN w Warszawie

*W wykładzie przedstawiono ocenę zaburzeń procesów poznawczych w przebiegu otępienia, szczególnie w chorobie Alzheimera i wielozawatowym uszkodzeniu mózgu. Następnie scharakteryzowano model otępienia w przewlekłym alkoholizmie i podano podstawowe dane o różnicowaniu otępień metodami neuropsychologicznymi. Wykład kończą uwagi na temat terapii chorych i ich rodzin (red.).*

---

Słowa kluczowe: otępienie - ocena psychologiczna

---

Badaniem procesu starzenia się ludzi zajmuje się wiele różnych dziedzin nauki. Materiał użytkiwany w trakcie tych badań jest niejednorodny i nasuwa szereg wątpliwości. Najczęściej reprezentowane są trzy niezależne podejścia, analizujące proces starzenia się, wskazujące na zmiany zachodzące u ludzi w drugiej połowie życia (najczęściej mówi się o wartości krytycznej w granicach 70-go roku życia<sup>1</sup>) w zakresie biologicznym, socjologicznym i psychologicznym.

*Podejście biologiczne* przekonuje nas, że każdy człowiek ma swój profil biologiczny. Wiek biologiczny zależy nie tylko od wieku metrykalnego, ale i od czynników genetycznych, od aktywności osoby, od warunków ekologicznych, w których żyje, a także od warunków społeczno-ekonomicznych i kulturowych. W koncepcji biologicznej istnieje pełna zgodność badaczy co do faktu, że zdrowie somatyczne gwarantuje względnie niezakłócony przebieg starzenia się. Według Goldsteina zdrowy stary człowiek, to człowiek, który przede wszystkim nie ma schorzeń ośrodkowego układu nerwowego (oun), które mogą prowadzić do otępienia. Według wielu autorów poziom funkcjonowania wyższych czynności nerwowych (wcn) wyznacza w każdym okresie życia, a więc i w późnej starości, nie tyle wiek metrykalny, co ogólny stan zdrowia człowieka.

Interesujące są wyniki badań zależności procesów poznawczych od wieku metrykalnego w drugiej połowie życia. Wyniki tych badań pozwalają na postawienie trzech hipotez. Jedna z nich sugeruje, że procesy poznawcze rozwijają się do określonego momentu życia, osiągają swój punkt szczytowy i w miarę starzenia się następuje spadek poszczególnych funkcji. Druga hipoteza głosi, że procesy poznawcze ulegają obniżeniu z powodu innych czynników niż starość i wreszcie trzecia hipoteza zakłada, że procesy poznawcze ulegają wprawdzie obniżeniu z wiekiem, ale tylko u osób, u których wystąpiły jakieś schorzenia oun.

Hipotezy te nie wykluczają się. Prawdopodobnie nie ma wyraźnej korelacji między wiekiem biologicznym a starzeniem się, tzn. różne przyczyny, zarówno wewnętrzne, jak i zewnętrzne, mogą przyspieszać proces starzenia się (np. toksyny środowiskowe, określone choroby, czynniki genetyczne i nawyki osobowe).

*Podejście socjologiczne* przedstawia na ogół negatywny obraz człowieka starego i jest on naj silniej wyrażony w poglądach młodzieży. Wydaje się jednak, że taki model "starości" funkcjonuje przede wszystkim w społeczeństwach żyjących w poczuciu permanentnego zagrożenia fizycznego, na skutek lęku przed przemocą i niedostatkiem, w krajach, w których system totali-

---

<sup>1</sup> Birren (2) wyróżnia cztery okresy życia człowieka: do 25 rż - młodość, 25-50 rż - dojrzałość, 50-75 rż - późna dojrzałość i powyżej 75 rż - starość.

tarny pozbawia jednostkę poczucia własnej wartości, manipuluje jej życiem, odbiera elementarny szacunek dla siebie i ubezwłasnowolnia, nakazując życie nie dla siebie, ale dla idei bądź dla innych. W takich układach starość przestaje być symbolem mądrości i doświadczenia, a stary człowiek staje się nieproduktywną jednostką, skazaną na śmierć. Oczywiście, nie jest to stan, który chciałoby się osiągnąć, a jest koniecznością, do której ludzie przystosowują się lepiej lub gorzej.

*Podejście psychologiczne* zajmuje się bardziej opisem procesu starzenia się, wyjaśnianiem mechanizmów oraz możliwościami modyfikacji i optymalizacji zachowania się człowieka w tym okresie. Wyniki konkretnych badań prowadzone w drugiej połowie życia, często są rozbieżne. Spowodowane to jest m.in. przyjętymi metodami badań. Powszechnie stosowane są dwa podejścia badawcze. Jedno z nich zakłada badania podłużne (longitudinalne), w których opisany jest przebieg różnych procesów u tej samej osoby, w różnych okresach jej życia - od urodzenia aż do śmierci. Drugie zaś korzysta z badań poprzecznych, dotyczących różnych grup ludzi w różnych grupach wiekowych. Wyniki uzyskiwane przy stosowaniu obu tych podejść badawczych są odmienne. Okazało się bowiem, że w badaniach podłużnych różnice w miarę upływu lat w poziomie wykonania niektórych testów z baterii testów psychologicznych są niewielkie, natomiast w badaniach poprzecznych zaznaczyło się bardzo wyraźnie obniżenie poziomu wykonania u osób w wieku podeszłym.

Otóż badania podłużne, dotyczące sprawności ruchowej, wykazały, że w miarę upływu lat następuje wydłużenie czasu reakcji, ale jedynie w czynnościach nieprzynajmniej wymagających szybkich nieprzewidywanych ruchów. Ludzie starsi pracowali wprawdzie wolniej, ale dokładniej. Jedna z hipotez wyjaśniających ten fakt sugeruje, że jest to nie tyle rodzaj patologii, a bardziej trudność polegająca na podjęciu złożonej decyzji. Być może związane to jest z nadmierną kontrolą i ostrożnością w postępowaniu. W zakresie uczenia się okazało się, że ludzie w starszym wieku mają tę zdolność zachowaną.

Nie jest więc do końca prawdą powiedzenie Platona (Republika), że "stary człowiek nie może uczyć się, tak jak nie może szybko biegać". Proces uczenia się wymaga jednak więcej czasu, większej liczby powtórzeń i wolniejszego tempa. Okazało się także, że ludzie w starszym wieku łatwiej uczą się materiału zorganizowanego niż pojedynczych elementów. Uczą się całościowo, ale muszą unikać dystrakcji. Ogromną rolę odgrywa, podobnie jak i u wszystkich ludzi, motywacja i przedni trening w uczeniu się.

Wyniki badań sugerują również, że w miarę upływu lat sprawność umysłowa obniża się nierównomiernie. Procesy określane jako inteligencja płynna (niewerbalna, niezależna od wykształcenia) obniżają się z upływem lat, natomiast inteligencja skryształizowana (tzn. zdolności werbalne, liczbowe, zdolność do logicznego myślenia) nie tylko nie obniża się z wiekiem, ale przeciwnie - rozwija się do późnej starości.

Badania w zakresie zmian osobowości dostarczają także bardzo zróżnicowanych wyników. I tak metoda podłużna wykazuje względną stałość cech osobowości, natomiast badania prowadzone metodą poprzeczną wskazują na dużą zmienność jej przejawów. Autorzy natomiast pozostają zgodni w tym, że w miarę upływu lat narasta neurotyzacja, z mobilizacją do obrony samego siebie. Rośnie lęk biologiczny przed zachorowaniem: u kobiet jawny, zaś u mężczyzn skryty i nasila się egocentryzm.

Istnieje wiele prób wyjaśnienia mechanizmów starzenia się. Większość z nich wiąże pogorszenie funkcjonowania człowieka w miarę upływu lat z procesami starzenia się mózgu. W piśmiennictwie neuropsychologicznym znaleźć można kilka koncepcji próbujących wyjaśnić mechanizm przyspieszonego procesu starzenia się mózgu. Jedna z nich zakłada, że obie półkule mózgowe "starzeją się" w równym tempie. Inna sugeruje, że szybciej "starzeje się" prawa półkula niż lewa. Wynika to z dysocjacji między poziomem wykonania zadań werbalnych i niewerbalnych. Ustalono, że w miarę upływu lat pogarsza się wykonanie zadań dotykowych lewą ręką w baterii testów Halsteda. Znaczne wydłużenie czasu reakcji przy pracy lewą ręką

sugeruje dysfunkcję czynności półkuli prawej. Okazało się również, że osoby starsze gorzej rozwiązują zadania testowe przy użyciu strategii symultatywnej (typowej dla opracowania informacji przez półkulę prawą) niż strategii sukcesywnej (typowej dla opracowania informacji przez półkulę lewą). Trzecia z hipotez postuluje, że najszybciej "starzeją się" struktury najmłodsze filogenetycznie, a więc płaty czołowe. Często bowiem przy opisie przebiegu wcn u ludzi w wieku podeszłym spotykamy cechy tzw. zespołu czołowego: zubożenie rozumowania, planowania, spadek funkcji regulującej mowę, apatia, brak motywacji, niezdolność skupienia uwagi, niezdolność kontroli impulsów oraz zmiany w zakresie języka w postaci zwolnienia tempa narracji i obniżenia poziomu gotowości słowa.

Dodatkowych informacji na temat przebiegu wcn w procesie starzenia się dostarczają badania prowadzone u ludzi chorych, w okresie dojrzałym i u osób zdrowych w wieku podeszłym. Przykładem mogą być opisy funkcjonowania wcn u alkoholików. Okazało się, że poziom wykonania zadań testowych u młodych alkoholików i u ludzi zdrowych w podeszłym wieku był zbliżony, mimo że różnica wieku między grupami wynosiła około 40 lat. W związku z tym w diagnozie zaburzeń umysłowych występuje m.in. "otępienie związane z alkoholizmem". Należy zaznaczyć, że nie zawsze wiadomo, czy przyczyną sprawczą był sam alkohol czy też skutki często powtarzających się urazów czaszkowo-mózgowych, niedożywienie, czy też schorzenia wątroby, czy może deficyt thiaminy. Prawdą jest natomiast, że proces starzenia się alkoholika, a szczególnie jego mózgu jest znacznie przyspieszony.

Niewątpliwy jest fakt, że schorzenia bezpośrednio dotyczące oun, a także pierwotne schorzenia ogólnoustrojowe (długie okresy niedożywienia, średni poziom nadciśnienia, chroniczne infekcje płuc, nerek, długotrwałe podleganie toksykacji, niezdiagnozowanie choroby neopla-

zmatyczne, liczne urazy głowy bez ciężkiego przebiegu, niewyjaśnione pojedyncze infekcje) mogą przyspieszyć proces starzenia się mózgu. Wprawdzie w badaniach podłużnych, prowadzonych u ludzi zdrowych nie występuje obniżenie poziomu wydolności procesów poznawczych, jednak począwszy od wczesnego dzieciństwa prawdopodobieństwo wystąpienia choroby zwiększa się wraz z wiekiem, a tym samym zwiększa się prawdopodobieństwo dysfunkcji oun.

Bardzo często z pojęciem "starość" kojarzy się nam określenie "otępienie"<sup>2</sup>, ponieważ najczęściej w piśmiennictwie terminem tym określa się wszelką patologię wcn. Warto zastanowić się nad znaczeniem tego terminu. W piśmiennictwie spotkać można różne opisy tego procesu, uwzględniające zwykle tylko pewne jego aspekty. Spróbuję potraktować to zjawisko całościowo i zaproponuję następującą, *operacyjną definicję otępienia*: jest to stale postępujące obniżanie się poziomu funkcjonowania wcn, chociaż często nierównomierne, oraz obniżanie się poziomu przystosowania społecznego (w tym utrata codziennych nawyków), na skutek różnych schorzeń degeneracyjnych oun (pierwotnych bądź wtórnych) u osoby, która osiągnęła swój optymalny poziom rozwoju. Takie ujęcie pozwala odróżnić deteriorację (pogorszenie, obniżenie) procesów poznawczych, która występuje u osób dorosłych od zaburzeń wcn, które pojawiają się u dzieci również na skutek degeneracyjnych schorzeń oun (np. w przypadkach podostrego stwardniającego zapalenia mózgu - SSPE).

*Rozpoznanie "otępienie"* jest zwykle efektem diagnozy klinicznej wstępnie neurologicznej, a potem neuropsychologicznej. Wśród skal szacunkowych, umożliwiających postawienie hipotezy o wystąpieniu tego zaburzenia na uwagę zasługują: Skala ogólnej deterioracji Reisberg'a (GDS), Skala demencji Blessed'a i Skala wiadomości, pamięci i koncentracji uwagi Blessed'a, a przede wszystkim Mini-Mental State. Pozwa-

<sup>2</sup> Warto zaznaczyć, że w encyklopediach i słownikach języka polskiego określenia "otępienie" i "demencja" używane są zamiennie.

lają one bowiem na liczbową ocenę stanu niektórych procesów, sugerując bądź wykluczając "otępienie". Chciałabym podkreślić, że wykluczenie "otępienia" na podstawie wyników skal szacunkowych nie wyklucza zaburzeń wcn. Ponadto, żadna z tych skal nie pozwala ani na opis objawów zaburzeń wcn, ani tym bardziej na rozważania o ich patomechanizmie.

Otępienie zwykle rozwija się skrycie, objawy narastają bardzo powoli i nie ustępują, jeżeli proces trwa ponad trzy miesiące. Wśród *cech prodromalnych* opisywane są: nietaktowne zachowania, gafy towarzyskie, zaburzenia umiejętności uczenia się nowego materiału, zaburzenia rozwiązywania nietypowych problemów (takich, przy których nie wystarcza rutyna), zagubienie się, obniżenie nastroju, skoncentrowanie się na sobie.

W *początkowym obrazie* otępienia wymieniają się zwykle następujące objawy:

- stale postępujący spadek poziomu wykonania codziennych czynności, przede wszystkim domowych (męczliwość, tendencja do powtarzania),
- zaburzenia pamięci (zapominanie - ciągłe chowanie i szukanie przedmiotów),
- obniżenie poziomu ogólnej sprawności intelektualnej, wyrażające się w zaburzeniu myślenia koncepcyjnego i abstrakcyjnego,
- dezorganizacja osobowości w postaci zmniejszenia wrażliwości emocjonalnej i osłabienie przystosowania się.

Warto zaznaczyć, że początkowa deterioracja procesów poznawczych i wolicjonalnych zwykle przebiega przy braku zaburzeń świadomości i krytycyzmu.

Należy także zwrócić uwagę na ważny diagnostycznie moment, a mianowicie moment *różnicowania demencji od pseudodemencji*. Wśród pacjentów oddziałów psychiatrycznych i neurologicznych znajduje się grupa ludzi w starszym wieku, którzy mają cechy otępienia bez współistniejącego uszkodzenia mózgu. Najczęściej są one związane z depresją. Chorzy ci zgłaszają skargi na trudności pamięciowe, trudności w koncentracji uwagi, na spadek wydolności intelektualnej i utrzymujący się stan silnego

zdeenerwowania. Zaburzenia pamięci mogą wystąpić nagle w reakcji na konkretną sytuację i nie towarzyszy im deterioracja umysłowa. W badaniu neuropsychologicznym nie stwierdza się w takich przypadkach zaburzeń pamięci dawnej, są natomiast zaburzenia pamięci krótkoterminowej, a proces uczenia się jest możliwy, chociaż wydłużony. Zwykle leczenie depresji zmniejsza objawy pseudodemencyjne.

Rozważania na temat procesu otępienia nawiązują dwa zasadnicze pytania: czy w wyniku fizjologicznego starzenia się dochodzi do otępienia i czy otępienie jako efekt, objaw schorzenia *oun* ma jedną postać?

Aktualnie większość badaczy sądzi, że otępienie nie jest końcem procesu starzenia się, a jest objawem bądź zespołem objawów choroby *oun*. Chory mózg różni się morfologicznie i neurochemicznie od mózgu fizjologicznie starzejącego się. Przy takim podejściu oczywistym jest, że otępienia nie można traktować jako rezultatu fizjologicznego starzenia się i że może ono mieć różne postacie. Zależnie od przyczyny uszkodzenia mózgu, stadium choroby i w dużym stopniu od stanu przedchorobowego tkanki mózgowej można wyodrębnić różne typy, rodzaje otępienia.

Wydaje się koniecznym zaznaczyć, że szereg schorzeń somatycznych może spowodować stosunkowo wczesną, choć bardzo dyskretną dysfunkcję mózgu, która w wieku późniejszym może rozwinać się jednak w zespół otępienny.

Bez względu na postać otępienia, wśród wczesnych objawów można wyróżnić *cztery zakresy, w których dochodzi do zaburzeń wcn*, przebiegających w tym samym czasie bądź następujących po sobie. Są to: 1) procesy poznawcze (ogólna inteligencja), 2) pamięć, 3) procesy językowe i 4) procesy wzrokowo-przestrzenne.

W trakcie rozwoju osobniczego, *inteligencja płynna i skryształizowana* stanowią jedność. Jak już wspomniałam, od okresu dojrzałego spada inteligencja płynna, natomiast nadal rozwija się inteligencja skryształizowana. Jeśli stwierdzimy obniżenie inteligencji skryształizowanej (a jej wyznacznikiem są w teście inteligencji Wechslera-Bellevue podtesty: "słownik", "wiadomości")

i "rozumienie"), można przypuszczać, że następuje proces deterioracji. Oczywiście, ważnym punktem odniesienia jest przedchorobowy poziom wykonania. Wskaźnikiem jego może być dobry wynik w teście czytania słów Nelsona (niestety, brak jest adaptacji tego testu dla języka polskiego).

*Procesy pamięci* oceniamy w oparciu o umiejętność gromadzenia informacji, która prowadzi do wytworzenia pewnego, względnie trwałego stanu posiadania i w oparciu o proces przypominania (odzyskiwania) informacji. Oceniane jest zatem uczenie się informacji, trwałość przechowywania (innymi słowy podatność na zapominanie) i umiejętność przypominania.

Krall opisała dwa typy zapominania. Jeden z nich określa jako "łagodne, starcze zapominanie", które występuje w fizjologicznym starzeniu się, a także w pierwszej fazie starzenia się zakłóconego uszkodzeniem oun. Cechuje je niezdolność do odtwarzania nieważnych szczegółów lub drugorzędowych zdarzeń, podczas gdy sam epizod jest zapamiętany. Te trudne do przypominania w danej chwili fakty mogą być wydobyte przy innej okazji. Oznacza to, że zachodzi jedynie wybiórcze zaburzenie procesu odzyskiwania informacji bez zniszczenia stanu posiadania. Progresja jest powolna i nie posiada prognostycznego znaczenia. Drugą postać zapominania określa Krall jako "podstępna, zdradliwa" utratę pamięci, tzn. globalną niezdolność do odtworzenia nie tylko szczegółów ostatnich wydarzeń, ale i samego epizodu. W tej postaci zaburzone jest zarówno rozpoznawanie, jak i odtwarzanie i wynika to z zaburzenia uczenia się. Zaburzenia pamięci gwałtownie nasilają się. Rokowanie jest niekorzystne.

Badanie *procesów językowych* jest szczególnie ważne przy podejrzeniu jakiegokolwiek uszkodzenia oun, jako że zaburzenia lingwistyczne nie występują w tzw. fizjologicznym starzeniu się. Natomiast w patologii opisywane są trzy stadia narastania zaburzeń językowych. Początkowo występuje specyficzny typ anomii, polegający na zaburzeniu umiejętności znajdowania odpowiednich słów. Pojawia się dysocjacja między dobrym nazywaniem a zaburzeniem zdolności do

aktualizacji nazw. Następnie opisywana jest tzw. pustka słowna - przy rozwlekłości spontanicznych wypowiedzi obserwuje się zubożenie słownika oraz tendencję do eholalii. Stopniowo następuje redukcja magazynu leksykalnego, z zachowaniem zdolności do syntaksy i z zachowaniem powtarzania. W końcu pojawia się pełna niemożność porozumiewania się, związana z jednej strony z głębokimi zaburzeniami rozumienia, z drugiej zaś ze znacznym ograniczeniem ekspresji. Czułą metodą badania w tym stadium jest ocena poziomu fluencji słownej w różnych sytuacjach eksperymentalnych (badanie liczby wypowiedzianych słów w określonych jednostkach czasu).

W zakresie *procesów wzrokowo-przestrzennych* badania podłużne wykazały, że zdolności te nie obniżają się wraz z wiekiem. Jedyne może ulec wydłużeniu czas reakcji przy zadaniach rotacyjnych. Tak więc, przy zachowanej orientacji przestrzennej może pogarszać się wykonanie zadań testowych. Eksperymentalne badania neuropsychologiczne wykazały, że w niektórych schorzeniach degeneracyjnych mózgu, np. w chorobie Alzheimera, w pierwszej fazie choroby, u 100% badanych występują zaburzenia przestrzenne przy zachowanej orientacji w czasie. Trudności w topografii są wynikiem zaburzenia w rozumieniu i posługiwaniu się pojęciami przestrzennymi. W początkowym okresie zaburzenia przestrzenne, pamięci i zaburzenia lingwistyczne oraz obniżenie poziomu sprawności umysłowej mogą być niezauważalne dla otoczenia i możliwe są do wykrycia jedynie w szczegółowym badaniu neuropsychologicznym.

Należy podkreślić, że *otępienie nie jest chorobą, a jest objawem bądź zespołem objawów* związanych z pierwotną lub wtórną dysfunkcją mózgu. Istnieje szereg danych wskazujących na to, że początek, a nawet pierwsze jego fazy będą różniły się zależnie od rodzaju uszkodzenia mózgu, a przede wszystkim od miejsca początkowego uszkodzenia. Natomiast końcowy obraz otępienia będzie podobny w różnych chorobach mózgu.

Chciałam dodać, że zróżnicowanie objawów otępiennych zależnie od rodzaju schorzenia

mózgu jest możliwe tylko w oparciu o podejście korelacyjne, tzn. ocenę wyników badania neuropsychologicznego w zestawieniu z wynikami badania neurologicznego i radiologicznego.

Osobnym dużym problemem psychologicznym jest relacja: pacjent z otępieniem a rodzina, lekarz, personel szpitala bądź domu opieki. Będzie to stanowiło przedmiot osobnego opracowania.

*Adres: Dr Elżbieta Łuczywek, Klinika Neurochirurgii Centrum Medycyny Doświadczalnej i Klinicznej PAN,  
ul. Barska 16/20, 02-315 Warszawa.*