

## Częstość występowania objawów psychotycznych i zaburzeń zachowania w poszczególnych stadiach choroby Alzheimera

*Frequency of psychotic symptoms and behaviour disorders in the different phases  
of Alzheimer's disease*

IWONA KŁOSZEWSKA

Z II Kliniki Psychiatrycznej Akademii Medycznej w Łodzi

**STRESZCZENIE.** Na kliniczne objawy choroby Alzheimera (Ch.A.) składają się z jednej strony zaburzenia funkcji poznawczych, z drugiej – przedmiotowe i podmiotowe objawy zaburzeń spostrzegania, treści myślenia, nastroju lub zachowania, które w sposób istotny wpływają na przebieg choroby i utrudniają znacznie opiekę nad chorym. Celem pracy była analiza zaburzeń zachowania i objawów psychopatologicznych nie będących zaburzeniami czynności poznawczych u pacjentów z Ch.A. w poszczególnych okresach rozwoju otępienia. Obecność tych objawów stwierdzono u większości badanych w poszczególnych stadiach Ch.A., przy czym ich częstość była największa w otępieniu umiarkowanym i głębokim. W otępieniu o bardzo głębokim nasileniu częstość analizowanych objawów malała. Obraz zaburzeń zachowania zmieniał się w miarę rozwoju choroby: aktywność niedostosowana stawała się coraz bardziej niedorzeczna. Zmniejszała się częstość występowania zaburzeń depresyjnych, wzrastała natomiast częstość występowania urojeń i zaburzeń aktywności. Obraz i dynamika obserwowanych objawów mogą sugerować częstsze występowanie zaburzeń świadomości w Ch.A. niż to wynika z praktyki klinicznej.

**SUMMARY.** The clinical symptoms of Alzheimer's disease include disturbed cognitive functioning on the one hand and objective and subjective disturbances of perception, thought content, mood and behaviour on the other hand. These symptoms seriously affect the progress of the disease and interfere with patient care. This work focusses on the analysis of behaviour disorders and psychopathological symptoms in Alzheimer's disease, other than cognitive disturbances, in the different phases of development of dementia. These symptoms were found in the majority of the studied patients. They occurred most frequently in moderately severe and severe cases. Their frequency diminished in very severe dementia. The manifestations of behaviour disorders changed as the disease progressed: inadequate activity became increasingly more bizarre. The frequency of depressive disorders decreased whereas the frequency of delusions and activity disorders increased. The manifestations and dynamics of the observed symptoms suggest that disturbances of consciousness are more frequent in Alzheimer's disease than clinical practice would indicate.

---

**Słowa kluczowe:** choroba Alzheimera / objawy kliniczne / przebieg

**Key words:** Alzheimer's disease / clinical symptoms / disease progression

---

Na kliniczne objawy choroby Alzheimera (Ch. A.) składają się z jednej strony zaburzenia funkcji poznawczych, z drugiej – szeroko rozumiane zaburzenia zachowania [17]. Te

dwie grupy objawów uwarunkowane są najprawdopodobniej uszkodzeniem przez proces chorobowy różnych struktur neuroanatomicznych mózgu wykorzystujących odmienne

neuroprzekazniki, mają różną dynamikę rozwoju i wymagają odmiennego postępowania terapeutycznego.

Do niedawna termin zaburzenia zachowania używany był przez wielu autorów do określania wszelkich objawów nie będących upośledzeniem funkcji poznawczych, w tym także objawów psychotycznych i depresyjnych. Konstrukcja większości skal stosowanych do oceny zaburzeń zachowania u pacjentów otepiąłych uwzględnia obecność i nasilenie omamów, urojeń i zaburzeń nastroju, np. *Alzheimer's Disease Assessment Scale* [20], *Behavioral and Emotional Activities Manifested in Dementia Scale* [22], *Behavior Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale* [15].

Podczas konferencji Międzynarodowego Towarzystwa Psychogeriatrycznego, która odbyła się w kwietniu 1996 r., osiągnięto wspólne stanowisko i zdefiniowano „zaburzenia zachowania i objawy psychologiczne występujące w otępieniu” (ang. *behavioral and psychological signs and symptoms of dementia*) jako: „przedmiotowe i podmiotowe objawy zaburzeń spostrzegania, treści myślenia, nastroju lub zachowania, które często występują u pacjentów z otępieniem” [8].

Autorzy podkreślają, że objawy te należą do objawów osiowych otępienia i istnieje konieczność traktowania ich w badaniach naukowych i terapii na równi z innymi symptomami chorób przebiegających z otępieniem. Mogą występować na każdym etapie, a nawet wyprzedzać pierwsze objawy obniżenia sprawności funkcji poznawczych.

Pierwszą usystematyzowaną próbę opisu zaburzeń zachowania w przebiegu otępienia w Ch.A. podjęli w 1989 r. Reisberg i wsp. [19]. Posłużyli się schematem narastania klinicznych objawów otępienia i upośledzenia funkcjonowania (własnego autorstwa) – GDS (*Global Deterioration Scale*), która zawiera opis poszczególnych siedmiu stadiów choroby [16]. Skala ta oparta jest na obserwacji, że u każdego pacjenta narastanie zaburzeń poznawczych przebiega według tego samego schematu, znajomość którego pozwala określić dalszy rozwój choroby na podstawie aktu-

alnego stanu chorego. Natomiast zgodnie z przeważającą opinią zaburzenia zachowania nie przebiegają w sposób tak typowy i są bardziej zmienne niż zaburzenia czynności poznawczych w Ch.A. [19, 23].

## CEL

Celem tej pracy była analiza zaburzeń zachowania i objawów psychopatologicznych nie będących zaburzeniami czynności poznawczych u pacjentów z Ch.A. w poszczególnych okresach rozwoju otępienia.

## BADANI PACJENCI

Badaniami objęto pacjentów Poradni dla Osób z Chorobą Alzheimera działającej przy II Klinice Psychiatrycznej AM w Łodzi. Do badanej grupy kwalifikowano chorych spełniających kryteria diagnostyczne DSM-III-R [1] i DSM-IV [2] dla otępienia typu Alzheimera oraz kryteria NINCDS-ADRDA [13] prawdopodobnego rozpoznania Ch.A. Wszyscy zgłaszający się do Poradni pacjenci poddawani byli standardowej procedurze diagnostycznej obejmującej badanie psychiatryczne, neurologiczne i internistyczne oraz wywiad od opiekuna. Wykonywano rutynowe badania laboratoryjne oraz wszelkie badania dodatkowe wynikające z potrzeb diagnostycznych, łącznie z badaniami obrazowymi mózgu. Ocena psychometryczna obejmowała *Mini-Mental State Examination* [9] i pełną „Skalę otępienia” Blessed'a, w tym ocenę testem „Pamięć-wiadomości-koncentracja” [3]. Stosowano „Skalę niedokrwienia” Hachinskiego [10], co pozwalało na wykluczenie pacjentów z wynikiem powyżej 4 punktów, wskazującym na dużą komponentę naczyniową procesu patologicznego.

Spośród 240 osób, które zgłosiły się do Poradni, u 141 postawiono rozpoznanie prawdopodobnej Ch.A. Na podstawie obrazu klinicznego choroby określano, któremu z siedmiu stadiów GDS wg Reisberga odpowiadał ich aktualny stan. Pacjenci, którzy po raz kolejny zgłosili się do Poradni po pogor-

Tablica 1. Charakterystyka badanej grupy chorych z chorobą Alzheimera

Stadium GDS	Liczba chorych	Wiek (w latach)	MMSE	Test Blessed'a
3	3	66,3±3,8	25,4±2,1	30,1±3,9
4	23	69,0±5,5	18,9±3,1	21,9±3,9
5	64	72,6±7,8	14,9±3,5	15,8±4,2
6	65	71,1±6,5	5,5±3,8	4,5±4,1
7	17	73,3±9,0	0,0±0	0,5±0,3

szeniu stanu psychicznego oceniani byli ponownie zgodnie z kryteriami GDS (o ile nie przyjmowali w tym czasie leków psychotropowych wpływających w sposób istotny na zachowanie). Jeśli pacjent był badany w więcej niż jednym stadium GDS – to w badaniach uwzględniane były wyniki obu obserwacji traktowane oddzielnie. Z tego powodu przedmiotem dalszej analizy jest łączna liczba 169 obserwacji dotyczących 141 chorych.

Trzy badane osoby (2 kobiety, 1 mężczyzna) znajdowały się w stadium GDS 3 (łagodne upośledzenie funkcji poznawczych), co oznacza, że występowały u nich niewielkie, ale obiektywnie uchwytne trudności w codziennym funkcjonowaniu zawodowym i społecznym. Z dostępnych badań naukowych wynika, że u większości takich osób rozwinię się w przyszłości pełnobjawowy zespół otępienia [7, 18]. Umiarkowane upośledzenie funkcji poznawczych, tj. objawy stadium GDS 4, wykazywały 23 osoby, w tym 2 mężczyźni. Pacjenci ci w czasie dokładnego badania klinicznego przejawiali wyraźne zaburzenia funkcjonowania w takich obszarach jak finanse, zakupy czy przygotowywanie posiłków. Grupa chorych w stadium GDS 5 (umiarkowane głębokie zaburzenia funkcji poznawczych) liczyła 64 osoby, w tym 18 mężczyzn. Były to osoby niezdolne do prowadzenia samodzielnego życia. Przebadano 65 osób w stadium GDS 6 (głębokie upośledzenie funkcji poznawczych), u których zaburzeniu uległy tak podstawowe czynności jak ubieranie się i mycie. W ostatniej grupie, stadium GDS 7 (bardzo głębokie upośledzenie funkcji poznawczych) znajdowało się 17 osób, w tym 3 mężczyzn. Pacjenci ci wymagali pełnej opieki, tzn.

byli ubierani, karmieni i myci przez opiekuna. Pacjenci znajdujący się w stadiach od 4 do 7 spełniali obowiązujące kryteria dla rozpoznania prawdopodobnej Ch.A. Charakterystykę badanej grupy przedstawia tabl. 1.

## METODA

Ocena stanu psychicznego, poza oceną czynności poznawczych, obejmowała również obecność objawów umieszczonych w tabl. 2.

Lista ta powstała na podstawie kwestionariuszy stosowanych do oceny zaburzeń zachowania u pacjentów z Ch.A. Urojenia i ich treść, omamy, aktywność niedostosowana, agresja słowna i fizyczna, zaburzenia snu, lęki, płaczliwość i obniżony nastrój to elementy pochodzące ze „Skali zaburzeń zachowania w Ch.A.” (BEHAVE-AD) [15]. Do oceny zaburzeń zachowania o obrazie „wędrowania” zastosowano zmodyfikowany kwestionariusz Hope'a i Fairburna *Wandering in Dementia*, na którego użycie uzyskano zgodę autorów [11]. Po stwierdzeniu obecności tego objawu pacjent zaliczany był do jednej z 4 grup, zgodnie z podanymi w tabl. 2 definicjami. Trzy ostatnie elementy zaburzeń emocji (euforia, apatia, drażliwość) pochodzą ze „Skali otępienia” Blessed'a [3], zawarte są również w *Neuropsychiatric Inventory Cummingsa* [5]. Oprócz agresji słownej i fizycznej oceniano również obecność autoagresji. Do celów tej pracy nie stosowano oceny nasilenia objawów, a jedynie odnotowywano ich obecność.

Wszyscy badani oceniani byli przez tego samego psychiatrę. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu dokładnego testu Fishera z poprawką *mid-p*.

Tablica 2. Lista objawów ocenianych w badanej grupie pacjentów z chorobą Alzheimera

1. *Urojenia*

- (a) okradania – przekonanie, że ktoś chowa przed pacjentem różne przedmioty, ktoś wchodzi do mieszkania i kradnie rzeczy pacjenta,
- (b) „nie mój dom” – przekonanie, że dom pacjenta nie jest jego domem, pakowanie się, narzekanie „zabierz mnie do domu”, próby opuszczenia mieszkania,
- (c) podstawienia opiekuna – przekonanie, że opiekun jest podstawiony, niekiedy połączone z agresją wobec niego,
- (d) porzucenia – przekonanie, że opiekun knuje spisek, by porzucić pacjenta lub oddać go do instytucji opiekuńczej,
- (e) niewierności – przekonanie, że małżonek, dziecko lub inny opiekun jest niewierny,
- (f) prześladowcze, podejrzliwość, nieufność,
- (g) inne

2. *Omamy*

- (a) wzrokowe,
- (b) słuchowe,
- (c) inne

2. *Zaburzenia aktywności*

- (a) oddalanie, wędrowanie – np. nieustanne poszukiwanie opiekuna (niekiedy innej osoby) – chory może cały czas chodzić tuż za opiekunem (lub inną osobą); nadmierna aktywność – chory może poruszać się przez większość czasu w stanie czuwania; oddalanie się od miejsca zamieszkania, wychodzenie z domu, błędzenie,
- (b) aktywność bezcelowa – chodzenie bez celu, chory chodzi po mieszkaniu lub wokół domu bez wyraźnego celu; bezsensowne powtarzanie czynności, pytań, żądań,
- (c) aktywność niedostosowana – chowanie przedmiotów w nieodpowiednie miejsca, obnażanie się, zachowania niestosowne,
- (d) krzątanie – chory chodzi po domu lub ogrodzie próbując, spontanicznie, lecz nieefektywnie, wykonywać prace domowe (np. zmywanie, wycieranie naczyń, sprzątanie, wrywanie chwastów).

4. *Lęki*

- (a) zespół Godota – niepokój związany z nadchodzącymi wydarzeniami,
- (b) inne – obawa przed pozostaniem bez opieki, lęk nieokreślony, uogólniony,
- (c) pobudzenie innego rodzaju – niepokój ruchowy, widoczne poczucie zagrożenia.

5. *Agresja*

- (a) słowna – wybuchy słowne, często z używaniem obelg i przekleństw,
- (b) fizyczna – bicie, kopanie, gryzienie, drapanie,
- (c) inna – pacjent dyszy, sapie ze złości, uderza w coś, trzaska drzwiami

6. *Zaburzenia snu*7. *Zaburzenia emocji (poza lękiem)*

- (a) płaczliwość,
- (b) obniżenie nastroju,
- (c) apatia,
- (d) euforia,
- (e) drażliwość

8. *Zaburzenia depresyjne*

## WYNIKI

Częstość występowania każdego z badanych objawów przedstawia tabl. 3. U żadnego z badanych nie stwierdzono zachowań autoagresywnych. Jedna z pacjentek skubała swoje ciało, które było ciągle pokryte rankami. Ze względu na głębokość otępienia (za-

awansowane stadium GDS 6) trudno było zachowanie to zaklasyfikować jako natręctwo, samouszkodzenia czy też czynność niedostosowaną. Nie umieszczono informacji o pacjentach badanych w GDS 3 ze względu na bardzo małą liczebność tej grupy (2 kobiety i 1 mężczyzna). Jedna z tych osób nie wykazywała żadnych zaburzeń zachowania,

Tablica 3. Częstość występowania badanych objawów w stadium GDS 4, 5, 6 i 7 choroby Alzheimera

Objaw		Liczba i częstość (%) osób z danym objawem			
		GDS 4 (n=23)	GDS 5 (n=64)	GDS 6 (n=65)	GDS 7 (n=17)
Urojenia	okradania	5 (21,4%)	14 (21,9%)	12 (18,5%)	0
	„nie mój dom”	1 (4,4%)	13 (20,3%)	14 (21,5%)	0
	podstawienia opiekuna	1 (4,4%)	5 (7,8%)	5 (7,7%)	0
	opuszczenia	0	4 (6,3%)	2 (3,1%)	1 (5,9%)
	niewiary małżeńskiej	0	3 (4,7%)	3 (4,6%)	0
	prześladowcze	3 (13,0%)	9 (14,1%)	9 (13,9%)	1 (5,9%)
	inne	0	0	0	0
Omamy	wzrokowe	2 (8,7%)	12 (18,8%)	17 (26,2%)	2 (11,8%)
	słuchowe	1 (4,4%)	4 (6,3%)	4 (6,2%)	0
	inne	0	2 (3,1%)	0	0
Zaburzenia aktywności	oddalanie się	0	24 (37,5%)	16 (24,6%)	0
	aktywność bezcelowa	3 (13,0%)	18 (28,1%)	19 (29,2%)	2 (11,8%)
	aktywność niedostosowana	5 (21,7%)	24 (37,5%)	23 (35,4%)	2 (11,8%)
	krzątanie się				
Lęki	zespół Godota	0	1 (1,6%)	3 (4,6%)	0
	inne	4 (17,4%)	8 (12,5%)	14 (21,5%)	1 (5,9%)
	pobudzenie innego rodzaju	0	4 (6,3%)	6 (9,2%)	0
Agresja	słowna	1 (4,4%)	16 (25,0%)	25 (38,5%)	1 (5,9%)
	fizyczna	1 (4,4%)	12 (18,8%)	14 (21,5%)	5 (29,4%)
	inna	1 (4,4%)	10 (15,6%)	8 (12,3%)	4 (23,5%)
Zaburzenia rytmów dobowych	zaburzenia snu	3 (13,0%)	7 (7,9%)	10 (15,4%)	3 (17,7%)
Zaburzenia emocji	obniżony nastrój	10 (43,5%)	18 (28,1%)	17 (26,2%)	0
	apatia	1 (4,4%)	13 (20,3%)	5 (7,7%)	0
	euforia	2 (8,7%)	7 (7,9%)	2 (3,1%)	0
	drażliwość	2 (8,7%)	13 (20,3%)	9 (13,9%)	0
Zaburzenia depresyjne		9 (39,1%)	10 (15,6%)	4 (6,2%)	0

u drugiej stwierdzono płaczliwość i obniżony nastrój. Trzeci z pacjentów przejawiał lęk.

#### Stadium GDS 4

W grupie 23 pacjentów znajdujących się w stadium GDS 4 czterech (17,3%) chorych nie wykazywało żadnego z poszukiwanych objawów, a do najczęściej występujących należały obniżony nastrój (10 chorych, 43,5%), urojenia (10 chorych, 43,5%) i płaczliwość (5 chorych, 21,4%). Najczęstszym tematem urojeń było przekonanie, że jest się okradanym (5 chorych, 21,4%) lub prześladowanym (3 chorych, 13,0%). Lęki również występowały stosunkowo często u pacjentów na tym etapie choroby (17,4%). U żadnej z badanych osób nie występował zespół Godota, były to natomiast lęki związane z urojeniami, lęk przed wychodzeniem z domu (u osób, które zabłądziły w przeszłości) oraz lęki nieokreślone. Pacjenci z miernie nasilonym otępieniem rzadko przejawiali agresję słowną (4,4%) lub fizyczną (4,4%) oraz apatię (4,4%), euforie i drażliwość (po 8,7%). Zaburzenia depresyjne rozpoznano u 9 chorych (39,1%) z tej grupy.

Z zaburzeń aktywności najczęściej obserwowano aktywność niedostosowaną (21,7%). Były to takie zachowania jak rozdawanie swoich przedmiotów, zostawianie otwartych drzwi zimą w celu wywietrzenia pomieszczenia (czego efektem było zamarznięcie wody w wodociągu), świadome stawianie prawie pustego czajnika na zapalonym gazie.

#### Stadium GDS 5

Najczęściej obserwowane zaburzenia zachowania w GDS 5 to urojenia (48 pacjentów, 75%), zaburzenia aktywności (oddalanie się – 24 osoby, 37,5%, aktywność niedostosowana – 24 osoby, 37,5%, aktywność bezcelowa – 18 osób, 28,1%), płaczliwość (25 osób, 39,1%), obniżony nastrój (18 osób, 28,1%), omamy (28,1%), agresja słowna (16 osób, 25,0%) i fizyczna (12 osób, 18,8%) oraz apatia (13 osób, 20,3%).

W porównaniu z grupą GDS 4 pacjenci w stadium GDS 5 istotnie częściej ( $p < 0,005$ ) wypowiadali urojenia. Jednak analiza po-

szczególnych urojeń wykazała, że jedynie urojenia typu „nie mój dom” istotnie częściej ( $p < 0,04$ ) występowały w stadium GDS 5. Treścią innych urojeń było przekonanie, że pacjent jest truty, że zmarły członek rodziny żyje, że ktoś obcy znajduje się w mieszkaniu. Halucynujący wzrokowo chorzy interpretowali widziane przez siebie postacie jako gości. Przygotowywali im posiłki, herbatę, a nakrywając stół szykowali dodatkowe nakrycie. Interesującym zjawiskiem jest brak lęku i niepokoju towarzyszącego przekonaniu o obecności obcych osób w mieszkaniu.

W GDS 5 istotnie częściej ( $p < 0,005$ ) występowały również zaburzenia aktywności, a w szczególności oddalanie się ( $p < 0,00008$ ), którego nie stwierdzano w GDS 4. Inny charakter miała aktywność niedostosowana. Było to mycie zębów odwrotną stroną szczoteczki, czesanie się szczoteczką do zębów z nałożoną pastą, podlewanie ogródka w czasie deszczu, wielokrotne zadawanie tych samych pytań, rozbieranie się w nieodpowiednich sytuacjach, chowanie przedmiotów w nieodpowiednich miejscach, niszczenie przedmiotów przy próbach ich reperowania.

Mimo, że częstość występowania agresji w GDS 5 wyraźnie wzrosła, poziom istotności osiągnęła jedynie różnica w agresji słownej ( $p < 0,02$ ). Istotny był również wzrost częstości występowania apatii ( $p < 0,04$ ). Niektórzy opiekunowie skarżyli się na dominujące w obrazie zmian zachowania, skąpstwo i egocentryzm (odpowiednio 1,6% i 6,3%) – objawy, które nie były przedmiotem badania w całej grupie chorych. Jednym z bardziej dokuczliwych dla opiekunów zjawisk był słowotok (2,1%). Zaburzenia depresyjne obserwowano u 10 (15,6%) chorych, istotnie częściej niż w GDS 4 ( $p < 0,03$ ).

Jedynie u 5 (7,8%) pacjentów tej grupy nie stwierdzono żadnych zaburzeń zachowania.

Podsumowując, stadium GDS 5 różni się od GDS 4:

- 
- częstszym występowaniem urojeń, w szczególności urojeń typu „nie mój dom”,

- częstszym występowaniem zaburzeń aktywności i pojawieniem się nowych form tego zaburzenia (oddalanie się),
- zmianą obrazu aktywności niedostosowanej,
- częstszym występowaniem agresji słownej, apatii i zaburzeń depresyjnych.

Podsumowując, stadium GDS 6 różni się od GDS 5:

- częstszym występowaniem lęków i agresji słownej,
- rzadszym występowaniem zaburzeń depresyjnych,
- zmianą obrazu aktywności niedostosowanej.

### Stadium GDS 6

U 65 osób w stadium GDS 6 najczęściej stwierdzanymi zaburzeniami zachowania były urojenia (45 chorych, 69,2%), aktywność niedostosowana (23 chorych, 35,4%), omamy (21 chorych, 32,3%), przede wszystkim wzrokowe (17 chorych, 26,2%), a także agresja słowna (38,5%), lęki (35,4%), płaczliwość (33,9%), aktywność bezcelowa (29,2%) i obniżony nastrój (26,2%). Wśród pacjentów tej grupy 5 (7,7%) nie wykazywało zaburzeń zachowania. Urojenia typu „nie mój dom” występowały równie często jak w stadium GDS 5, ale istotnie częściej niż w GDS 4 ( $p < 0,03$ ). Częstość oddalania się wzrosła istotnie w stosunku do GDS 4 ( $p < 0,003$ ), a w stosunku do GDS 5 istotnie zmalała ( $p < 0,06$ ). Częstość aktywności niedostosowanej pozostała taka sama jak w stadium GDS 5, zmienił się jednak jej obraz. Pacjenci zbierali niewidoczne okruszki z dywanu, darli tkaniny, odrywali guziki. Obserwowano wzrost agresji słownej zarówno w stosunku do stadium GDS 4 ( $p < 0,0006$ ), jak i GDS 5 ( $p < 0,06$ ). Agresja, która we wcześniejszych okresach otępienia związana była głównie z urojeniami, w GDS 6 pojawiała się także przy wykonywaniu zabiegów pielęgnacyjnych, przy myciu, czesaniu i ubieraniu (10,3%). Stwierdzono, że lęki w stadium GDS 6 występowały częściej niż w GDS 4 ( $p < 0,06$ ) i w GDS 5 ( $p < 0,04$ ). Dotyczy to całej kategorii, gdyż pomimo, że częstość występowania zespołu Godota i innych lęków wzrosła, to różnica nie osiągnęła poziomu istotności statystycznej. Zespół depresyjny stwierdzono u 6,2% pacjentów, a więc istotnie rzadziej niż w stadium GDS 5 ( $p < 0,08$ ).

### Stadium GDS 7

Pacjenci w ostatnim stadium choroby (17 osób) wykazywali wyraźnie rzadziej zaburzenia zachowania niż chorzy we wcześniejszych stadiach. Najczęściej stwierdzane objawy to agresja fizyczna (5 osób, 29,5%), inne przejawy agresji (4 osoby, 23,5%) i zaburzenia snu (3 osoby, 17,5%). Urojenia wypowiadały tylko 2 osoby (11,8%), a więc istotnie rzadziej niż w stadium GDS 4 ( $p < 0,02$ ), GDS 5 ( $p < 0,000002$ ) i GDS 6 ( $p < 0,00002$ ). Zaburzenia aktywności pod postacią aktywności bezcelowej i aktywności niedostosowanej przejawiało po 2 (11,8%) pacjentów w stadium GDS 7. Było to istotnie rzadziej niż w GDS 5 ( $p < 0,0005$ ) i w GDS 6 ( $p < 0,003$ ). Aktywność niedostosowana w tej grupie wyrażała się wkładaniem wszystkiego do ust, darcie bielizny. Większość pacjentów wykazywała głęboką apatię (12 chorych, 70,6%). Pięciu chorych przez większą część doby krzyczało lub śpiewało, a u 4 osób obserwowano wyraźny niepokój w łóżku. U żadnego pacjenta nie rozpoznano zaburzeń depresyjnych pomimo, że istniały takie podejrzenia wobec chorego z nasiloną płaczliwością i wobec dwóch niespokojnych osób. U dwóch pacjentów (11,8%) z tej grupy nie stwierdzono objawów zaburzeń zachowania.

Podsumowując, stadium GDS 7 różni się od GDS 6:

- mniejszą częstością występowania zaburzeń zachowania,

- rzadszym występowaniem aktywności niedostosowanej i aktywności bezcelowej,
- dalszą zmianą obrazu aktywności niedostosowanej,
- pojawieniem się takich objawów jak krzyk, niepokój w łóżku,
- nieobecnością zaburzeń depresyjnych, bądź trudnościami diagnostycznymi tych stanów u pacjentów głęboko otępiałych.

Pozostałe oceniane objawy (omamy, zaburzenia snu, euforia, drażliwość) występowały we wszystkich stadiach choroby z tą samą częstością. Rys. 1 przedstawia dynamikę niektórych analizowanych objawów w stadiach GDS 4, 5, 6 i 7.

## OMÓWIENIE

Praca niniejsza stanowi pierwsze w piśmiennictwie polskim doniesienie zawierające analizę zaburzeń zachowania u pacjentów z Ch.A. Uwzględniono poszczególne stadia rozwoju choroby oraz większość opisywanych wcześniej zaburzeń zachowania występujących w Ch.A. Zastosowanie GDS wydaje się być szczególnie przydatne gdyż, w odróżnieniu od innych skal zawierających podział przebiegu otępienia na kolejne etapy, oddziela fazę głębokiego otępienia od bardzo głębokiego. Pozwoliło to Reisbergowi na weryfikację stwierdzenia Rubina [21], że pobudzenie narasta w Ch.A. wraz z narastaniem otępienia. Przedstawione tu wyniki również wskazują na to, co wydaje się oczywiste z punktu widzenia praktyki klinicznej – częstość występowania niektórych zaburzeń zachowania w bardzo głębokim otępieniu wyraźnie maleje w stosunku do wcześniejszych etapów choroby. Chory w tym okresie traci zdolność chodzenia, umiejętność mówienia, wymagając pełnej opieki. Ich naturalne możliwości przejawiania zaburzeń aktywności, agresji, wypowiedzenia urojeń są znacznie ograniczone poprzez proces chorobowy. Części objawów nie udaje się w sposób obiektywny stwier-

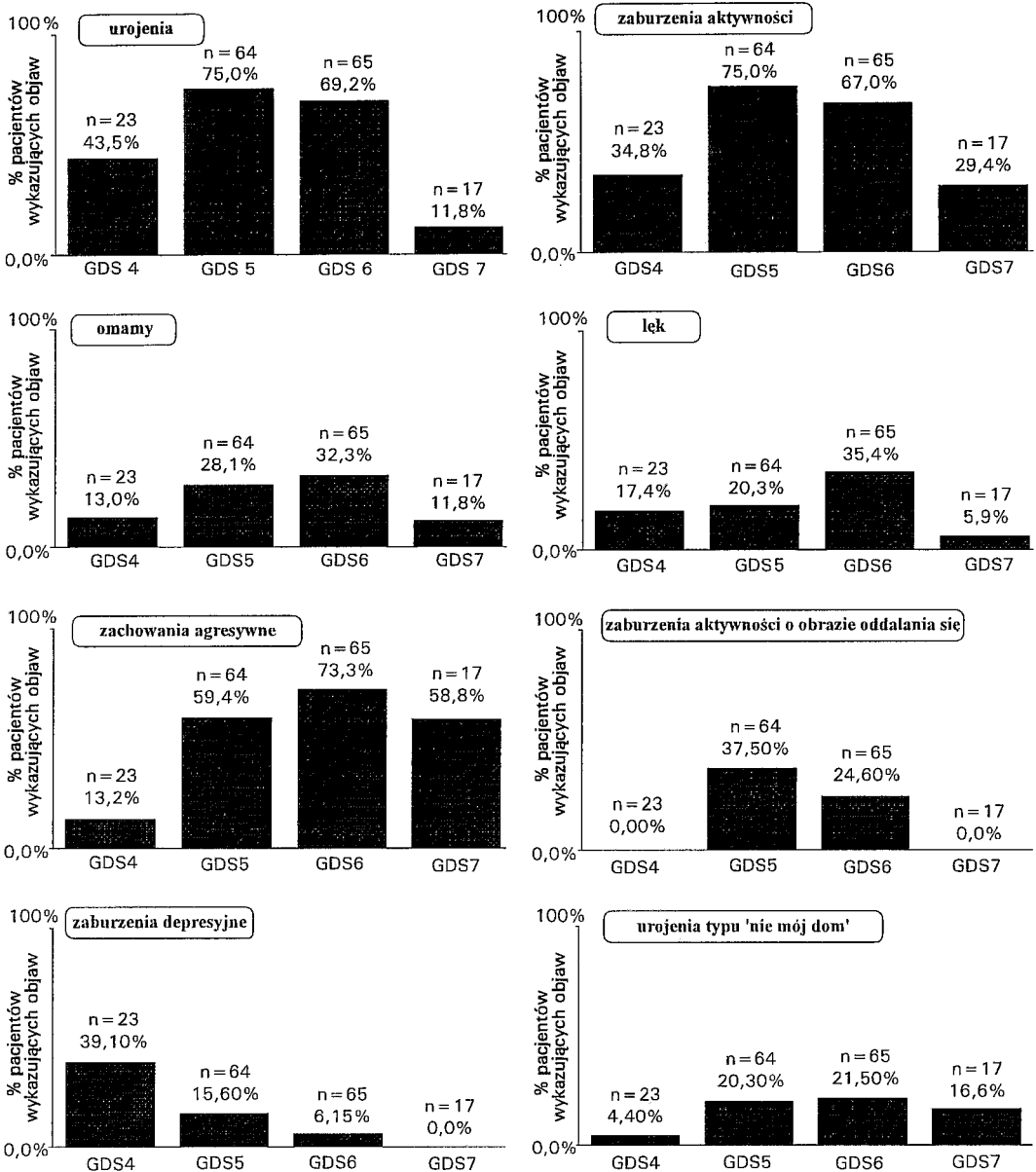
dzić, pozostają jedynie mniej lub bardziej trafne domysły badającego.

Ze względu na specyfikę warunków polskich, w których do lekarzy trafiają chorzy w zaawansowanym stadium Ch.A., badania dotyczyły pacjentów w stadiach GDS 4, 5, 6 i 7, przy czym grupy 5 i 6 były najliczniejsze. Tylko trzech chorych znajdowało się w stadium 3, które stanowi bardzo wczesny etap Ch.A.

Z przedstawionych wyników wyłania się dość spójny obraz dynamiki zaburzeń zachowania w przebiegu Ch.A. Przeważająca większość objawów występuje we wszystkich stadiach choroby. Ich największe nasilenie obserwowano, podobnie jak w materiale Reisberga i wsp. [19], w stadiach GDS 5 i 6. W pracy Reisberga urojenia stwierdzono u ponad 30% z 22 chorych w GDS 4, u około 70% z 25 chorych w GDS 5, u nieco mniej niż 60% z 22 chorych w GDS 6 i u 5% z 17 chorych w GDS 7. W materiale własnym odpowiednie liczby wynosiły: 43,5% w 23 osobowej grupie, 75% w grupie 64 chorych, 69,2% wśród 65 chorych oraz 11,8% w grupie 17 chorych. Reisberg i wsp. [19] obserwowali największą częstość omamów w stadiach GDS 4 i 6, w przedstawianym tu materiale omamy występowały najczęściej w GDS 5 i 6. Zaburzenia aktywności, zaburzenia afektywne, lęki oraz agresja w obu populacjach były najczęstsze w GDS 5 i 6. Zaburzenia snu w badanej grupie narastały wraz z głębokością otępienia, podczas gdy w materiale Reisberga i wsp. [19] największe nasilenie miały one w GDS 5. Pomimo tych drobnych różnic wnioski z obu prac są podobne: największe nasilenie zaburzeń zachowania w Ch.A. stwierdza się w stadiach GDS 5 i 6, a więc inaczej niż w badaniach Rubina i wsp. [21] oraz Hope'a i wsp. [12]. Podobne do prezentowanych wyniki uzyskali natomiast Cummings i wsp. [4,6] oraz Merriam i wsp. [14].

W pracy Reisberga i wsp. [19] nie oceniano częstości występowania zaburzeń depresyjnych. Wśród polskich pacjentów zaburzenia te obserwowano przede wszystkim w stadium GDS 4, a ich częstość występowania





Rysunek 1. Występowanie wybranych objawów w poszczególnych stadiach choroby Alzheimera (n = liczba pacjentów)

malą wraz z narastaniem otępienia. Nierozwiązanym problemem pozostaje pytanie, na ile zjawisko to związane jest z trudnościami rozpoznawania depresji u głęboko otępiąłych chorych [24], czy też rzeczywiście częstość występowania zaburzeń depresyjnych maleje

w zaawansowanym otępieniu. Wyniki pracy Hope'a i wsp. [12] analizującej zaburzenia zachowania wśród 97 otępiąłych pacjentów, gdzie depresje rozpoznawano najczęściej w otępieniu o umiarkowanym i głębokim nasileniu, budzą wątpliwości. Wielu autorów

[24] zwracało uwagę, że niektóre objawy obserwowane u chorych otępiały, a stanowiące kryteria diagnostyczne zaburzenia depresyjnego, związane są raczej z procesem otępiennym niż zaburzeniami nastroju. Stąd rozpoznawanie depresji u lekko otępiałych chorych na podstawie ogólnie przyjętych kryteriów (np. DSM-IV) budzi mniej wątpliwości niż stosowanie tych kryteriów u pacjentów głęboko otępiałych.

Trudności interpretacji poszczególnych objawów psychopatologicznych w otępieniu dotyczą nie tylko depresji. Urojenia okradania u osoby z zaburzeniami pamięci, a więc takiej, która nie pamięta, gdzie odłożyła zagubiony przedmiot i tłumaczy sobie to zjawisko kradzieżą, mają, jak się wydaje inny mechanizm powstawania niż urojenia w przebiegu psychoz nieorganicznych. Podobnie, urojenia typu „nie mój dom” czy podstawienia opiekuna są raczej wtórne wobec zaburzeń pamięci i nierozdzielnie z nimi związane. Często obserwowany brak efektu działania neuroleptyków u pacjentów z otępieniem i psychozami również stanowi potwierdzenie odmiennego mechanizmu tych objawów i ich związek z procesem odpowiedzialnym za otępienie.

Zastanawia wzrost częstości występowania urojeń typu „nie mój dom” z jednoczesnym pojawieniem się oddalania jako nowej formy zaburzeń aktywności w GDS 5. Możliwą interpretacją tego zjawiska jest powiązanie ze sobą tych objawów, a oddalanie się może być konsekwencją urojeń typu „nie mój dom”. Natomiast urojenia te są prawdopodobnie wynikiem zaburzeń rozpoznawania znajomych miejsc, przedmiotów czy sytuacji. Zaburzenia rozpoznawania mogą być związane po prostu z zaburzeniami pamięci. Z drugiej strony treści te pojawiają się okresowo, rzadko wypowiedzane są w sposób stały i mogą stanowić przejaw dezorientacji co do miejsca, a więc świadczą o przelotnych zaburzeniach świadomości. Wtedy oddalanie byłoby wynikiem niepełnej orientacji w przebiegu zaburzeń świadomości. Potwierdzeniem przedstawianego

tu poglądu, że zaburzenia świadomości występują znacznie częściej w przebiegu otępienia niż jest to rozpoznawane, jest stwierdzenie częstej obecności omamów wzrokowych we wszystkich stadiach Ch.A.

„Przedmiotowe i podmiotowe objawy zaburzeń spostrzegania, treści myślenia, nastroju lub zachowania często występujące u pacjentów z otępieniem” [8] wydają się być integralnie związane z zaburzeniami pamięci. Narastanie upośledzenia pamięci, zaburzenia rozpoznawania i towarzyszący zanik krytycyzmu prowadzą do interpretacji urojeniowych, z których wynikać mogą lęki, pobudzenie i agresja. Wtórny charakter mają prawdopodobnie również i inne objawy, jak np. urojenia typu „nie mój dom”, oddalanie się (wynik zaburzeń rozpoznawania). Podobnie obraz aktywności niedostosowanej nierozdzielnie pozostaje związany z narastaniem głębokości otępienia.

## WNIOSKI

1. Zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne występowały u większości badanych pacjentów z Ch.A. w każdym z etapów rozwoju otępienia.
2. Zaburzenia te osiągały największe nasilenie w stadium GDS 5 i 6, natomiast ich liczba wyraźnie malała w stadium GDS 7, tzn. w bardzo głębokim otępieniu.
3. W miarę narastania głębokości otępienia zmieniał się obraz zaburzeń psychicznych. W początkowym okresie częściej występowały zaburzenia depresyjne, w kolejnych stadiach choroby wzrastała częstość występowania urojeń i zaburzeń aktywności.
4. Zaburzenia aktywności o obrazie aktywności niedostosowanej w przebiegu narastania głębokości otępienia stawały się coraz bardziej prymitywne i niedorzeczne.
5. Zaburzenia świadomości w Ch.A. występują prawdopodobnie znacznie częściej niż jest to rozpoznawane w codziennej praktyce klinicznej.

6. Zaburzenia zachowania i objawy psychotyczne wydają się mieć charakter wtórny wobec upośledzenia funkcji poznawczych.

## PIŚMIENNICTWO

- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. Revised (DSM-III-R). American Psychiatric Association, Washington 1987.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 ed. (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington 1994.
- 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.
- Cummings J.L.: The Neuropsychiatric Inventory: Assessing psychopathology in dementia patients. *Neurology* 1997, 48, suppl. 6, S10-S16.
- Cummings J.L., Mega M., Gray K., Rosenberg-Thompson S., Carusi D.A., Gornbein J.: The Neuropsychiatric Inventory: comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994, 44, 2308–2314.
- Cummings J.L., Victoroff J.I.: Neurocognitive neuropsychiatric syndromes in Alzheimer's disease. *Neuropsychiatry Neuropsychol. Behav. Neurol.* 1990, 3, 140–158.
- de Leon M.J., George A.E., Stylopoulos L.A., Smith G., Miller D.C.: CT hippocampal atrophy: An early marker for Alzheimer's disease. *Lancet* 1989, 2, 672.
- 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.
- 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.
- Hachinski V.C., Iliff L.D., Zilhka E., Du Boulay G.H., McAllister V.L., Marshall J., Russel R.W.R., Symon L.: Cerebral blood flow in dementia. *Arch. Neurol.* 1975, 32, 632–637.
- Hope R.A., Fairburn C.G.: The nature of wandering in dementia: A community-based study. W: Murphy E., Alexopoulos G. (red.): *Geriatric Psychiatry: Key Research Topics for Clinicians*. Wyd. John Wiley Sons Ltd. 1995.
- Hope T., Keene J., Gedling K., Cooper S., Fairburn C., Jacoby R.: Behavior changes in dementia. 1: Point of entry data of a prospective study. *Int. J. Geriatr. Psychiatry* 1997, 12, 1062–1073.
- McKhann G., Drachman D., Folstein M., Katzman R., Price D., Stadlan E.M.: Clinical diagnosis of Alzheimer's disease: Report of the NINCDS-ADRDA Work Group under the auspices of Department of Health and Human Services Task Force on Alzheimer's Disease. *Neurology* 1984, 34, 939–944.
- Merriam A.E., Aronson M.K., Gaston P., Wey S.L., Katz I.: The psychiatric symptoms of Alzheimer's disease. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1988, 36, 7–12.
- 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.
- Reisberg B., Ferris S.H., de Leon M.J., Crook T.: The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am. J. Psychiatry* 1982, 139, 1136–1139.
- 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.
- 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.
- Reisberg B., Franssen E., Sclan S.G., Kluger A., Ferris S.H.: Stage specific incidence of potentially remediable behavioral symptoms in aging and Alzheimer's disease. A study of 120 patients using the BEHAVE-AD. *Bull. Clin. Neurosci.* 1989, 54, 95–112.

20. Rosen W.G., Mohs R.C., Davis K.L.: A new rating scale for Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1984, 141, 1356-1364.
21. Rubin E., Morris J., Berg L.: The progression of personality changes in senile dementia of the Alzheimer's type. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1987, 35, 721-725.
22. Sinha D., Zemlan F.P., Nelson S., Bienenfeld D., Thienhaus O., Ramaswamy G., Hamilton S.: A new scale for assessing behavioral agitation in dementia. *Psychiat. Res.* 1992, 41, 73-88.
23. Teri L., Larson E.B., Reifler B.V.: Behavioral disturbance in dementia of the Alzheimer's type. *J. Am. Geriatr. Soc.* 1988, 36, 1-6.
24. Weiner M.F., Edland S.D., Luszczynska H.: Prevalence and incidence of major depression in Alzheimer's disease. *Am. J. Psychiatry* 1994, 151, 1006-1009.

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