

# Choroby psychiczne wieku podeszłego

*Ulrich Kastner, Gisela Mötzing (4.2.2)*

<b>4.1 Wprowadzenie</b>	<b>549</b>
4.1.1 Rozpoznanie i diagnostyka różnicowa	552
4.1.2 Zasady leczenia	557
4.1.3 Systemy klasyfikacji	559
<b>4.2 Choroby otępienne i ostre splątanie</b>	<b>560</b>
4.2.1 Typy otępienia	560
4.2.2 Pielęgnacja i opieka nad osobami z otępieniem	567
4.2.3 Ostre splątanie (majaczenie)	585
4.2.4 Dyskretne zaburzenia funkcji poznawczych	588
<b>4.3 Depresja i mania</b>	<b>589</b>
4.3.1 Depresja	589
4.3.2 Mania	594
<b>4.4 Samobójstwa</b>	<b>595</b>
<b>4.5 Zaburzenia lękowe</b>	<b>598</b>
4.5.1 Fobie	598
4.5.2 Napady paniki	599
4.5.3 Lęk uogólniony	599
4.5.4 Natręctwa	602
<b>4.6 Choroby psychosomatyczne</b>	<b>602</b>
<b>4.7 Zespół stresu pourazowego</b>	<b>604</b>
<b>4.8 Schizofrenia i inne choroby urojeniowe</b>	<b>606</b>
4.8.1 Schizofrenia	606
4.8.2 Utrzymujące się zaburzenia urojeniowe	610
4.8.3 Halucynacje	610
<b>4.9 Uzależnienia</b>	<b>611</b>
4.9.1 Uzależnienie od leków	611
4.9.2 Alkoholizm	613
<b>4.10 Ostre stany w gerontopsychiatrii</b>	<b>616</b>



## 4.1 Wprowadzenie

**Gerontopsychiatria:** nauka o chorobach psychicznych w starszych grupach wiekowych, zazwyczaj powyżej 60–65 roku życia.

**Cele:** poprawa jakości życia i samopoczucia, zachowanie, stymulowanie i poprawa samodzielności i samostanowienia oraz sprawności życia codziennego; wzmacnianie orientacji zmysłowej i kondycji fizycznej, zachowanie lub poprawienie układów społecznych, przebywanie w przyjemnym / dostosowanym otoczeniu.

### Epidemiologia

Różnorodny rozkład zaburzeń psychicznych w różnych okresach życia: w starszym wieku dominują zaburzenia typu otępiennego oraz depresyjnego, wzrastająca liczba samobójstw, narastanie objawów paranoidalnych wraz ze zmniejszaniem się liczby chorób schizoidalnych i zaburzeń lękowych (jako nowych zachorowań).

**Tabela 4.1 Główne objawy chorób psychicznych w starszym wieku**

Objaw	Opis	Częste przyczyny
Zaburzenia świadomości		
Obniżenie	Zmiana przytomności → stopnie świadomości	Majaczenie, ostre splątanie
Przymglenie	Brak jasności uświadamiania sobie przeżyć własnych i otoczenia	
Ograniczenie	Zmniejszony jest zakres tego, co odbywa się „w świetle przytomności”, np. przy fiksacji: fascynacja określonym przeżyciem	Zaburzenia paranoidalne
Przesunięcie	Wzrost intensywności i jasności, percepcja, zwiększenie doświadczanej przestrzeni, horyzontów (poza codzienność) i głębi (przypominającej rzeczywistość)	Narkotyki, zaburzenia organiczne, paranoja
Zaburzenia orientacji		
Czasu	Data, rok, dzień, miesiąc, pora roku. Niezapominanie dat przy amnezji	Majaczenie, otępienie, zatrucia
Miejsca	Miejsce	
Sytuacji	Np. przy paranoi nierozpoznanie sytuacji i osób	

**Tabela 4.1 Główne objawy chorób psychicznych w starszym wieku – cd.**

Objaw	Opis	Częste przyczyny
Zaburzenia orientacji		
Własnej osoby	Własne nazwisko lub okoliczności życiowe	
Pojmowanie	Zdolność rozumienia i sensownego łączenia ze sobą doświadczanych przeżyć, jak również budowania własnego doświadczenia życiowego. Sprawdzanie za pomocą historii obrazkowych, przysłów, krótkich opowiadań	Psychozy, otępienie
Koncentracja	Niezdolność do skupienia, zebrania i uporządkowania jednego obiektu	Depresja, otępienie, lęk, zatrucia
Zaburzenia pamięci	Pamięć krótkotrwała, średnia, dawna	Zaczynające się lub postępujące otępienie, depresja, alkoholizm
Zaburzenia formalnego myślenia		
Natręctwa myślowe, krążenie myśli	Nieustanne zajmowanie się (zwykle) nieprzyjemnymi myślami, które nie są przez pacjenta przeżywane jako obce i zazwyczaj wiążą się z aktualną sytuacją życiową	Depresja
Gonitwa myśli	Wielowątkowość. Myśl nie jest prowadzona do ściśle określonego celu, ale cel zmienia się ciągle pod wpływem napływających skojarzeń. Dochodzi do „setek i tysięcy”	Psychozy, mania
Persewercje (powtórzenia)	Przyklejanie się do słów lub deklaracji (np. danych), które wcześniej były używane, ale teraz już nie mają sensu. Głównie przez bezsensowne powtarzanie słów (werbigacja)	Otępienie, psychozy
Splątanie	Myślenie (mowa) nie ma zrozumiałej treści, jest rozczłonkowane do pojedynczych, prawdopodobnie przypadkowo pomieszanych ze sobą zdań, grup zdań, pomysłów	Psychozy
Ksobne zaburzenia myślenia		
Urojenia kradzieży, prześladowcze, oddziaływania, winy, grzechu, hipochondryczne, miłości, otrucia	Związana z chorobą niewłaściwa ocena otaczającej rzeczywistości, która występuje z niezależną od doświadczenia pewnością i do której chory jest z subiektywną pewnością przywiązany, nawet jeśli pozostaje ona w sprzeczności do prawdy i doświadczenia osób zdrowych, a także do ich wspólnych osądów i przekonań. Chory nie potrzebuje potwierdzenia swoich urojonych poglądów	Psychozy, otępienie (w wyniku zaburzeń poznawczych), depresja (wina, grzech)

**Tabela 4.1 Główne objawy chorób psychicznych w starszym wieku – cd.**

Objaw	Opis	Częste przyczyny
Zaburzenia afektu		
Niestabilność	Szybka zmiana nastroju, która jest związana z jednorazowym bodźcem z zewnątrz (zwiększenie skłonności do rozpraszania afektu) lub nawet bez widocznej przyczyny	Demencja, psychozy organiczne
Inne zaburzenia afektu		
Bezradność	Lęklivość	Obniżona samoocena
Wewnętrzny niepokój	Euforia	Ambiwalencja
Skłonność do narzekań	Dysforia	Beznadziejność
Zaburzenia zmysłowe		
Halucynacje	Przeżycia poznawcze bez odpowiadającego źródła bodźca, które są uważane za rzeczywiste wrażenia zmysłowe. Wszystkie zmysły	Zatrucia, majaczenie, ostre splątanie, psychoza, schizofrenia
Złudzenia	Coś istniejącego w rzeczywistości jest postrzegane jako coś zupełnie innego, zafałszowana percepcja rzeczywistości	Otępienie, psychozy
Objawy urojeniowe	Prawidłowe postrzeganie zmysłowe nabiera niewłaściwego znaczenia, którego obiektywnie nie posiada, tzn. błędna interpretacja urojeniowa rzeczywistej percepcji	Psychozy, schizofrenia
Zaburzenia napędu		
Zwiększenie	Bieganie dookoła, podniecenie, przyspieszony tok mówienia, niecierpliwość, drżenia, niepokój	Otępienie, depresja, splątanie, psychozy, majaczenie
Zahamowanie	Zwolniony tok mówienia, zredukowana mimika, brak inicjatywy, zatrzymanie	Depresja, majaczenie, psychozy
Stupor (odrętwienie)	Nasilenie zahamowania aż do całkowitego odrętwienia	Psychozy, schizofrenia, majaczenie, zatrucia

### Stopnie świadomości

- **Śpiączka (*coma*):** głęboki brak świadomości, brak odruchów.
- **Stan przedśpiączkowy (*praecoma*):** reakcja obronna na silne bodźce, chorego nie można obudzić, nie występują niektóre odruchy.

- **Stupor (półśpiączka):** najgłębszy sen, chorego można obudzić silnymi bodźcami, odruchy fizjologiczne.
- **Nadmierna senność (somniałencja):** ciężkie zmętnienie świadomości, chorego można obudzić, apatia, powolna mowa, bez dopływu bodźców z zewnątrz ponownie zasypia.
- **Stan hyponiryczny:** przytomny, w stanie snu.
- **Stan euniryczny:** pełna przytomność, obudzony, w pełni zachowane myślenie.



### Wskazówki, sposoby postępowania i pułapki

- Należy dokładnie obserwować i dokumentować objawy u osób starszych chorych psychicznie (w systemie dokumentacji lub w dzienniczku w opiece domowej).
- Objawy psychiatryczne u osób starszych w czasie rozwijającego się przełomu należy dokumentować od razu lub w częstych odstępach czasowych, np. co pół godziny w ciężkim niepokoju z urojeniami.
- Objawy mogą być związane z działaniem niepożądanym leków, np. halucynacje / urojenia przy lekach przeciwparkinsonowskich (► 3.2.15).
- Zawsze należy informować lekarza o nowych objawach.

## 4.1.1 Rozpoznanie i diagnostyka różnicowa

Przy wystąpieniu pierwszych podejrzanych objawów lekarz rodzinny może przeprowadzić test przesiewowy w kierunku zaburzeń funkcji poznawczych lub zespołu otępiennego; do lekarza specjalisty lub specjalistycznej poradni należy różnicowanie, ustalenie rozpoznania lub diagnostyka w niejasnych sytuacjach, np. nakładanie się otępienia i depresji.

### Testy psychometryczne

- Testy, za pomocą których wykrywa się zaburzenia funkcji poznawczych, np. MMSE, DemTect, test zegarowy.
- Skale, którymi ocenia się zdolność funkcjonowania w codziennym życiu, np. IADL, skala Barthel.
- Instrumenty do wykrywania psychicznych objawów towarzyszących i zaburzeń zachowania, np. skala Cohena-Mansfielda.

## **Testy przesiewowe (funkcje poznawcze)**

### **Krótką oceną Stanu Umysłowego (MMSE)**

Najważniejszym i najczęściej stosowanym testem przesiewowym, także na oddziałach stacjonarnych, jest test MMSE; przy ocenie przebiegu. Obejmuje 11 pytań sprawdzających orientację w czasie i przestrzeni, spostrzegawczość, koncentrację i pamięć świeżą. Wartości 25 punktów i mniej świadczą o upośledzeniu funkcji poznawczych.

### **Test zegarowy**

Łatwy i szybki do przeprowadzenia test dotyczący zdolności do konstrukcji przestrzennej, krytycyzmu i zdolności myślenia logicznego i abstrakcyjnego. Nie daje wiarygodnych wyników w otępieniu, a także w depresji.

### **DemTect**

Test do oceny zdolności spostrzegania (nie daje wiarygodnych wyników we wczesnej fazie otępienia).

### **Ocena stopnia depresji**

Skale samooceny, oceny przez osoby obce, wielokierunkowe (depresja i otępienie).

### **Ocena zaburzeń zachowania**

#### **Skala Cohena-Mansfielda**

Ocena zaburzeń zachowania (wyzywające zachowania, np. uciekanie) niezależnie od choroby leżącej u ich podłoża, pozbawiona sensu u osób z ciężkim otępieniem.

### **BEHAVE-AD**

Ocena zaburzeń zachowania i objawów psychicznych, jak urojenia, lęki, halucynacje. W wielu kategoriach również ocena obciążenia personelu.

### **Ocena zaburzeń fizycznych**

Oszacowanie czynników ryzyka (ryzyko upadku, odleżyn) lub nakładu pracy pielęgnacyjnej. Instrumenty oceny są stosowane w geriatric, gerontopsychiatrii, a także przez medyczne poradnictwo ubezpieczeniowe (MDK).

### Skala Reisberga

Określa 7 stopni ograniczenia zdolności poznawczych. W najcięższych stopniach otępienia, 6. i 7., występuje dalsze różnicowanie zmian wymagających opieki, jak nietrzymanie moczu lub stolca, zaburzenia chodu, pomoc przy myciu, zaburzenia odruchu połykania aż do zaburzeń świadomości (zob. wyżej).

## 4

### CDR wg Berga

CDR – kliniczna ocena otępienia: ustalenie ograniczeń pamięci, orientacji, umiejętności oceny i rozwiązywania problemów, aktywności w społeczeństwie, możliwości samodzielnego mieszkania (mieszkanie w domu) oraz zainteresowań, jak również toalety. Ustalenie ciężkości zaburzeń: zdrowy, otępienie wątpliwe, lekkie, umiarkowane do ciężkiego.

### BPS wg Gutzmanna

Ocena m.in. zespołu psychoorganicznego, fizycznych potrzeb pielęgnacyjnych, zaburzeń w socjalizacji, agresywności i depresyjności.

### Dzienniczek opieki

Sensowny u chorych z otępieniem w opiece domowej. Dokumentacja wszystkich czynności pielęgnacyjnych w danym dniu z odnotowaniem minut. Formularze dzienniczków pielęgnacyjnych znajdują się w kasach chorych.

**IADL** (*instrumental activities of daily living* – ocena złożonych czynności życia codziennego)

**Skala IADL** jest narzędziem do oceny zdolności radzenia sobie w codziennym życiu. Obejmuje 8 czynności życia codziennego, np. używanie środków transportu publicznego, telefonu, ale także możliwości samodzielnego wykonywania toalety (► ryc. 4.1).



Ocena złożonych czynności życia codziennego (IADL) wg Lawtona/Brody  
(obejmuje 8 najważniejszych IADL)

	Punkty
<b>1. Telefon</b>	
Używa telefonu z własnej inicjatywy, wybiera numery	1
Wybiera niektóre znane numery	1
Odbiera telefon, sam nie wybiera numerów	1
W ogóle nie używa telefonu	0
<b>2. Zakupy</b>	
Kupuje samodzielnie główne produkty	1
Codziennie niewielkie zakupy	0
Przy każdym zakupach potrzebuje towarzystwa	0
Nie jest w stanie robić zakupów	0
<b>3. Gotowanie</b>	
Planuje i gotuje potrzebne posiłki samodzielnie	1
Gotuje potrzebne posiłki jedynie po przygotowaniu przez osobę drugą	0
Gotuje samodzielnie, ale nie utrzymuje zalecanej diety	0
Wymaga przygotowywania i podawania posiłków	0
<b>4. Gospodarstwo domowe</b>	
Sam dba o gospodarstwo lub potrzebuje pomocy przy cięższych pracach	1
Wykonuje samodzielnie drobne prace domowe	1
Wykonuje samodzielnie drobne prace domowe, ale nie jest w stanie utrzymać porządku w domu	1
Wymaga pomocy przy wszystkich pracach domowych	0
Nie jest w stanie wykonać żadnych czynności w gospodarstwie domowym	0
<b>5. Pranie</b>	
Pierze wszystkie swoje rzeczy	1
Pierze drobne rzeczy	1
Całe pranie musi być wykonywane przez osoby drugie	0
<b>6. Środki transportu</b>	
Samodzielnie korzysta ze wszystkich środków transportu publicznego, prowadzi samochód	1
Zamawia i korzysta z taksówek, ale nie korzysta ze środków transportu publicznego	1
Korzysta ze środków transportu publicznego w towarzystwie	1
W ograniczony sposób korzysta z taksówek i samochodu z osobą towarzyszącą	0
Wcale nie podróżuje	0
<b>7. Lekarstwa</b>	
Przyjmuje samodzielnie leki we właściwych dawkach i w odpowiednich porach	1
Prawidłowo przyjmuje przygotowane leki	0
Nie jest w stanie prawidłowo przyjmować leków	0
<b>8. Gospodarowanie pieniędzmi</b>	
Samodzielnie prowadzi interesy finansowe (budżet/czeki/opłaty/wizyty w banku)	1
Załatwia małe codzienne wydatki; potrzebuje pomocy przy opłatach i interesach bankowych	1
Nie umie obchodzić się z pieniędzmi	0
<i>Łączna punktacja (maks. 8)</i>	

Ryc. 4.1 Ocena złożonych czynności życia codziennego (IADL)

### Bayer-ADL

Skala do oceny zachowań z zakresu kompetencji socjalnych i fizycznych.

### Skala Barthel

Stosowana do oceny podstawowych funkcji życia codziennego, często jest używany w geriatricii i opiece nad osobami starszymi. Ocenia 10 różnych obszarów czynności.

4

### Dalsza diagnostyka

#### Diagnostyka obrazowa

Dodatkowe badania obrazowe, jak tomografia komputerowa i rezonans magnetyczny, umożliwiają ustalenie rozmiaru uogólnionych zaników, istniejących zaników określonych obszarów mózgu, wykazanie zaburzeń ukrwienia, objawów świeżych lub przebytych udarów mózgu lub zmian uciskających (jak guzy lub krwawienia). Rozpoznanie pierwotnego zespołu otępiennego nie jest możliwe na podstawie wyników badań obrazowych.

#### Badania laboratoryjne

Dotychczas nie istnieje żaden pojedynczy test umożliwiający rozpoznanie choroby psychicznej, np. test na chorobę Alzheimera.

**Badania laboratoryjne krwi, płynu mózgowo-rdzeniowego i moczu:** celem wykluczenia chorób (np. infekcji dróg moczowych, niedokrwistości, niedoczynności tarczycy) oraz rozpoznania chorób neurologicznych i zapaleń.

**Biomarkery:** dla uzupełnienia diagnostyki otępienia. Nie jest możliwe ustalenie rozpoznania jedynie na podstawie nieprawidłowości w zakresie tych markerów.



#### Wskazówki, sposoby postępowania i pułapki

- Ostre splątanie może być objawem zapalenia płuc, zatoru tętnicy płucnej lub infekcji dróg moczowych; depresja wskazuje na nadczynność lub niedoczynność tarczycy.
- W przypadku niejasnych objawów psychicznych u osób starszych konieczna jest dalsza diagnostyka, a nie pośpieszne rozpoczęcie leczenia (farmakologicznego) lub zalecanie domu opieki.

## 4.1.2 Zasady leczenia

### Leki psychotropowe

Leki psychotropowe wpływają na przemianę materii w mózgu (transmitery, względnie hormony) i zwykle działają objawowo (► 4.2).

#### Hipoteza zaburzeń neuroprzekąźnictwa

- Brak acetylocholinę prowadzi do zespołu otępiennego.
- Brak serotoniny prowadzi do objawów depresji.
- Zaburzenia układu serotonergicznego mogą powodować agresywność.
- Nadmiar dopaminy powoduje psychozy.
- Brak dopaminy prowadzi do choroby Parkinsona.

4

#### Sposób działania leków psychotropowych

- Najczęściej objawowo, tzn. nie usuwają właściwej przyczyny.
- Zmiany można osiągnąć w zakresie poznawania, emocji, motywacji lub postrzegania.
- Podawanie leków orientuje się na objaw chorobowy.
- Działania niepożądane wzrastają w zależności od dawki i wieku chorego, często odróżnienie objawów zależnych od wieku i działania leków w sensie działania niepożądanego jest niemożliwe.
- Leki psychotropowe, działanie i działania niepożądane (► 3.2).

#### Ważne zasady przy podawaniu leków psychotropowych

- Objawy psychiczne należy właściwie opisać i udokumentować.
- Poszukać możliwych innych przyczyn, np. bólu (► 2.9), infekcji.
- Przedstawić objawy podczas omawiania przypadków w zespole.
- Wcześniej zebrać informacje na temat spodziewanego działania i działań niepożądanych (lekarz).
- Systematyczna (codzienna) obserwacja chorego w kontekście działania/działań niepożądanych.
- Zwracać uwagę na czas do rozpoczęcia działania leku.
- Zwracać uwagę na właściwy sposób przyjmowania leku. Zawsze kontrolować przyjmowanie leku.
- Systematycznie sprawdzać istniejące leczenie.
- Leki psychotropowe muszą poprawiać jakość życia chorego.

### **Leki psychotropowe można/trzeba podawać jedynie:**

- Gdy sposoby nefarmakologiczne, np. walidacja, unikanie nadmiaru bodźców, wspieranie snu, poniosły fiasko.
- Przy ostrym zagrożeniu w stosunku do siebie lub innych.
- Po uzyskaniu zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego.
- W przypadku leków podawanych wbrew woli pacjenta lub powodujących ograniczenie swobody, zwykle po rozmowie z opiekunem wymagane jest potwierdzenie sądowe.
- Pod ciągłą obserwacją i dokumentacją działań niepożądanych.
- Po ocenie ryzyka upadków w stosunku do braku leczenia.
- Po uwzględnieniu przeciwwskazań (jaskra, zaburzenia rytmu serca).
- Na określony czas (próba odstawienia lub zredukowania dawki po 12 tygodniach).

### **Psychoterapia i inne metody**

Wiele klasycznych metod psychoterapeutycznych zostało dostosowanych do szczególnych potrzeb ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki nad osobami starszymi.

Niektóre metody były w tym celu specjalnie opracowane. Określone formy terapii jedynie w klinikach/ośrodkach specjalistycznych.

### **Szczególne metody (kliniki, ośrodki specjalistyczne, psychoterapeuci)**

Psychologia głębi, terapia behawioralna, terapia poznawcza, systemowa terapia rodzinna, techniki relaksacyjne, terapia samoobrony, elektrowstrząsy, terapia światłem, deprywacja snu.

### **Zastosowania w opiece nad osobami starszymi**

Opieka nad osobami z otępieniem (► 4.2.2).

- Ergoterapia.
- Muzykoterapia (► 1.9.1).
- Terapia sztuką (► 1.9.1).
- Fizjoterapia i inne metody związane z fizycznością.
- Trening pamięci (► 1.9.1).
- Praca biograficzna (► 2.8.2).
- Terapia wspomnieniowa (pielęgnacja wspomnień ► 1.9.1, ► 4.2.2).
- Orientacja w rzeczywistości (► 2.8.5).
- Walidacja integracyjna (► 2.8.6).
- Sale doświadczenia świata i aromaterapia (► 2.8.4, ► 2.8.8).
- Terapia środowiskowa (► 2.8.1).
- Stymulacja bazalna<sup>®</sup> (► 2.8.3).



### Wskazówki, sposoby postępowania i pułapki

- Elektrowstrząsy, terapię światłem i deprywację snu stosuje się jedynie na oddziałach klinicznych.
- Fizjo- i ergoterapię można stosować na zlecenie.
- Inne koncepcje terapeutyczne, jak stymulacja bazalna®, praca biograficzna, pielęgnacja wspomnień, łączą się z koncepcjami pielęgnacyjno-opiekuńczymi.

## 4.1.3 Systemy klasyfikacji

Podział zaburzeń psychicznych wieku podeszłego może opierać się na systemach klasyfikacji; opis zespołu, diagnoza pielęgnacyjna, diagnoza lekarska (klasyfikacja ICD).

### Opis zespołu

Zespół: występowanie kilku objawów jednocześnie, np. zespół depresyjny, zespół otępienny, zespół paranoidalno-urojeniowy, stany niepokoju i zaburzeń snu, zespół lęku i paniki, zespół samobójczy, zespół maniakalny, zespoły somatyczne bez przyczyny organicznej.

### Diagnozy pielęgnacyjne

Opis kliniczno-pielęgnacyjny reakcji pacjenta, np. lęk, przewlekłe splątanie, wzmożony smutek, agresja skierowana przeciwko innym, zaburzenia snu, ból, izolacja socjalna, rozpacz, zagrożenie samobójstwem.

### Międzynarodowa klasyfikacja chorób

ICD-10 (International Classification of Disease): w Niemczech [również w Polsce – *przyp. tłum.*] klasyfikacja obowiązująca, tab. 4.2

### Obrazy chorobowe wieku podeszłego według diagnozy i częstotliwości:

- Choroby otępienne (▶ 4.2).
- Majaczenie i ostre splątanie (▶ 4.2).
- Depresja (▶ 4.3).
- Samobójstwa (▶ 4.4).
- Zaburzenia lękowe, panika (▶ 4.5).
- Zaburzenia somatyzujące (▶ 4.6).
- Zaburzenia pourazowe (▶ 4.7).
- Psychozy (▶ 4.8).

**Tabela 4.2 Międzynarodowa klasyfikacja chorób**

Kod	Grupa	Przykłady
F0	Zaburzenia psychiczne pochodzenia organicznego i objawowe	Otępienie, majaczenie, organiczne zmiany osobowości
F1	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania związane z przyjmowaniem substancji psychotropowych	Uzależnienie od alkoholu, nikotyny, narkotyków, zatrucia, zespół Korsakowa, urojenia alkoholowe
F2	Schizofrenia, zaburzenia schizoidalne i urojeniowe	Psychozy, schizofrenia, zaburzenia urojeniowe, zaburzenia schizofreniczne
F3	Zaburzenia afektywne	Depresja, mania, choroba dwubiegunowa, dystymia
F4	Zaburzenia nerwicowe, obciążeniowe, zaburzenia somatyzujące	Lęki, fobie, panika, natręctwa, stany dysocjacyjne, ostre reakcje obciążeniowe, zaburzenia pourazowe, zaburzenia somatyzujące

## 4.2 Choroby otępienne i ostre splątanie

### 4.2.1 Typy otępienia

W zespole otępiennym wyróżnia się dwa typy: pierwotny i wtórny.

#### Typ pierwotny

Podział na:

- Typ degenerujący (postępujący).
- Typ niedegenerujący (niepostępujący).

Można rozróżnić, czy proces degeneracji mózgu stale się nasila, czy też miało miejsce jednorazowe uszkodzenie.

#### Otępienia degeneracyjne

- Choroba Alzheimera.
- Otępienie naczyniopochodne.
- Otępienie czołowo-skroniowe.
- Otępienie z ciałami Lewy`ego.
- Otępienie w chorobie Parkinsona.
- Rzadkie formy: płasawica Huntingtona lub choroba Creutzfeldta-Jacoba.

## Otępienia niedegeneracyjne

### Przyczyny

- Guzy mózgu.
- Uraz czaszkowo-mózgowy.
- Wodogłowie.
- Zapalenia naczyń.

Jeśli przyczyna otępienia (np. wodogłowie) zostanie rozpoznana w odpowiednim czasie, można zmniejszyć stopień ciężkości otępienia, a czasem otępienie nie postępuje. Zaliczane są często do otępień wtórnych.

**Tabela 4.3** Typowy przebieg otępień degeneracyjnych. Zmodyfikowany test oceny czynnościowej (FAST) (skala Reisberga ▶ 4.1.1)

			Kontakt z rodziną
1	Brak zaburzeń funkcji poznawczych		Normalne obcowanie z członkami rodziny
2	Bardzo lekki stopień zaburzeń funkcji poznawczych	Zapominanie imion, zapominanie o umówionych spotkaniach, gubienie rzeczy, poczucie zagubienia, nietraktowanie poważnie przez otoczenie	Znika idealne wyobrażenie chorego, powątpiewanie we własne możliwości, częste kłótnie w rodzinie
3	Lekki stopień zaburzeń funkcji poznawczych	Zapominanie o ważnych spotkaniach, niekończenie fraz pisanych, pogorszenie orientacji w obcym otoczeniu, rutynowe czynności niezakłócone	Pomoc zabiera coraz więcej czasu, planowanie życiowe musi ulec przemysłeniu
4	Umiarkowane zaburzenia funkcji poznawczych	Problemy z zakupami, prowadzeniem konta, terminami, trudności zawodowe	Konieczna pomoc przy złożonych zadaniach, konieczny nadzór nad finansami, długoterminowe objęcie opieką
5	Umiarkowanie ciężkie zaburzenia funkcji poznawczych	Osoba opiekująca się musi organizować sprawy, wybierać ubranie, zaniedbywanie toalety, utrata zdolności prowadzenia samochodu	Odwraca się relacja rodzice – dzieci, plan dnia musi być zorganizowany i usystematyzowany, w tym momencie pierwsze rozpoznanie otępienia, zadanie racjonalizacji problemu

**Tabela 4.3 Typowy przebieg otępień degeneracyjnych. Zmodyfikowany test oceny czynnościowej (FAST) (skala Reisberga ► 4.1.1) – cd.**

			Kontakt z rodziną
6	Ciężkie zaburzenia funkcji poznawczych	Zaburzenia psychiczne/ zaburzenia zachowania	Potrzebne, lub wymagane są profesjonalne techniki pielęgnacji, złożenie wniosku pielęgnacyjnego, komunikacja jedynie na poziomie emocjonalnym
6a		Niewłaściwy dobór stroju	
6b		Brak możliwości samodzielnego brania kąpeli/ prysznic	
6c		Zapominanie o splukiwaniu toalety	
6d		Nietrzymanie moczu	
6e		Nietrzymanie stolca	
7	Bardzo ciężkie zaburzenia funkcji poznawczych	Zaburzenia fizyczne	Świadome lub nieświadome oczekiwanie śmierci, poczucie winy i agresja
7a		Zawężenie słownictwa	
7b		„Ostatnie wypowiedziane słowo”, zaprzestanie zrozumiałego mówienia	
7c		Zaburzenia chodu	
7d		Utrudnienie siedzenia w fotelu	
7e		Reakcja na bodźce, zachowany odruch chwytny i polykania	
7f	Zaburzenia świadomości		

## Choroba Alzheimera

### Przyczyny

- Złogi białkowe w mózgu (blaszki amyloidowe).
- Z tego powodu utrata funkcji i obumieranie komórek mózgowych.
- Rozszerzanie się złożeń.
- Dalsze zaburzenia: zwyrodnienia neurofibrilaryjne.
- Choroba występuje z reguły spontanicznie, niekiedy skłonności rodzinne.

Od lat dyskutuje się na temat czynników ryzyka: ewentualny związek choroby i zmian mikroangiopatycznych. Do tej pory nie zdołano opracować sposobu leczenia, który może zapobiec wystąpieniu choroby Alzheimera.



## Objawy

- Powoli postępujący przebieg choroby.
- Choroba zaczyna się zaburzeniami uwagi i trudnościami w doborze słów.
- Następnie występują zaburzenia zachowania i zmiany psychiczne, np. wędrowanie, krzyki, urojenia kradzieży.
- Występowanie objawów somatycznych, np. zaburzenia chodu, utrudnienia połykania, w późniejszym czasie unieruchomienie w łóżku.
- Najważniejszym czynnikiem ryzyka jest wiek.

## Przebieg objawów

- Na początku zaburzenia emocjonalne, np. depresyjność, lęklivość.
- Następnie pogorszenie uwagi, pamięci i mowy.
- Później dochodzi do nietrzymania moczu i kału, zaburzeń poruszania się, w końcu upośledzone jest również przyjmowanie pokarmów.
- Choroba Alzheimera jest chorobą postępującą (przebieg śmiertelny).
- Umieralność przede wszystkim z powodu chorób wtórnych, np. infekcji; coraz częściej przy lepszej terapii internistycznej również jako skutek zmniejszonego przyjmowania pokarmów i płynów.

Leczenie skupia się przede wszystkim na tym, aby zatrzymać lub zwolnić progresję choroby, lub by osiągnąć zmniejszenie objawów.

## Leczenie choroby Alzheimera

- Leczenie uzależnione od stadium choroby, np. we wczesnym okresie celem terapii jest pamięć, w okresie późnym zaburzenia zachowania lub zmiany somatyczne.
- Leczenie farmakologiczne (► 3.2).
- Leczenie zmian zachowania (początkowo nefarmakologiczne, potem farmakologiczne).
- Psychoterapia, przede wszystkim we wczesnym okresie, ergoterapia i terapia kreatywna w okresach od wczesnego do pośredniego.
- Fizjoterapia, trening połykania w stadiach późnych (► 1.5.6).
- Opieka środowiskowa (zob. niżej).

## Otępienie naczyniopochodne

Otępienie naczyniopochodne zwykle zaczyna się nagle.

## Przyczyny

Zaburzenia ukrwienia mózgu po udarze mózgu.

## Objawy

- Objawy są różnorodne, w zależności od miejsca i stopnia uszkodzenia mózgu.
- Zaburzenia pamięci i mowy.
- Zaburzenia koncentracji i uwagi.
- Wahania emocjonalne.
- Wczesne występowanie objawów fizycznych, np. zaburzeń chodu, nietrzymanie moczu i stolca.

## Przebieg objawów

- Stopniowe pogarszanie po kolejnych epizodach niedokrwienia.
- Stan stabilizuje się często w sposób fazowy (również bez leczenia) lub nawet się poprawia. Jednakże sytuacja może się również nagle pogorszyć.

Różnicowanie otępienia naczyniopochodnego od choroby Alzheimera na podstawie objawów psychicznych (już w stadium zaawansowanym) jest trudne, zwykle niemożliwe. W otępieniu naczyniowym objawy neurologiczne, a także zaburzenia chodu i inkontynencja występują częściej i wcześniej.

**Tabela 4.4 Różnicowanie otępienia naczyniopochodnego i choroby Alzheimera**

	Otępienie naczyniopochodne	Choroba Alzheimera
Początek	Nagły	Podstępny
Przebieg	Powolny, stopniowy	Stale pogarszający się
Objawy neurologiczne	Objawy ogniskowe	Brak
Pamięć	Lekko upośledzona	Wcześniej i ciężko upośledzona
Funkcje wykonawcze	Wcześniej i ciężko upośledzone	Lekko upośledzone
Typ otępienia	Podkorowe	Korowe
Obrazowanie	Zawał lub ubytki	Prawidłowe lub zanik hipokampa
Chód	Wcześniej zaburzony	Prawidłowy
Wywiad sercowo-naczyniowy	TIA, udar, czynniki ryzyka	Rzadziej występują

## Diagnostyka

Rozpoznanie zawałów na podstawie metod obrazowych (CT) i wywiadu (nagły początek).

## Leczenie otępienia naczyniopochodnego

- Leczenie czynników ryzyka sercowo-naczyniowego (► 5.1, ► 5.2).
- Systematyczna kontrola przyjmowania płynów i ciśnienia tętniczego krwi (► 1.5.8, ► 1.3.8).
- Przy częściowo gwałtownych i nagłych zaburzeniach psychicznych z omamami lub silnym niepokojem w sensie ostrego stanu splątaniowego również wspomagające leczenie psychotropowe.
- Opieka środowiskowa (► zob. niżej).

## Otępienie czołowo-skroniowe

Otępienie, które jest rozpoznawane na podstawie zmian w okolicy czołowej mózgu. Jednym z typów otępienia czołowo-skroniowego jest choroba Picka (choroba występuje w młodym wieku i rodzinnie).

## Przyczyny

Możliwe są różne przyczyny: zaburzenia ukrwienia, guzy mózgu lub zapalenia.

Typowe dla otępienia czołowo-skroniowego, w odróżnieniu od choroby Alzheimera, są wczesne zmiany psychiczne. Objawy poznawcze, jak zaburzenia pamięci, są na początku choroby znacznie rzadsze. Często z tego powodu u osób z otępieniem czołowo-skroniowym dochodzi do nieprawidłowych rozpoznań.

## Objawy

- Niestosowne zachowania, utrata dystansu, zmienione nawyki żywieniowe lub zachowania stereotypowe.
- Brak poczucia choroby.
- Często konieczność stacjonarnego leczenia psychiatrycznego.
- W ośrodkach opieki nad osobami starszymi oraz w otoczeniu domowym zachowanie osób z otępieniem czołowo-skroniowym często prowadzi do konfliktów.
- Zbyt dobra lub błędna ocena pacjenta (dobrze zachowana pamięć i dobrze zachowane funkcje poznawcze).

- Inne formy przebiegu choroby wykazują w stadium początkowym jedynie zmiany mowy (otępienie semantyczne lub progresywna afazja), ale trudno je odróżnić od choroby Alzheimera.

### Leczenie otępienia czołowo-skroniowego

- Głównym celem postępowania terapeutycznego jest leczenie objawów psychicznych i zmian zachowania, nie istnieje leczenie przyczynowe.
- Opieka środowiskowa (zob. niżej).

4

### Otępienie z ciałami Lewy'ego

Choroba ma znaczenie przede wszystkim z powodu swoich szczególnych objawów i podobieństwa do choroby Parkinsona.

#### Przyczyny

Specyficzne zmiany w mózgu (podobne do obserwowanych w chorobie Alzheimera).

#### Objawy

- Wczesne: objawy parkinsonizmu (► 5.12.2), powtarzające się upadki (► 2.1.10).
- Wystąpienie objawów jest zmienne: przez kilka dni brak zmian, potem nagle ponownie wyraźne oznaki choroby.
- Często omamy, np. osoba w pokoju.
- Reakcja na neuroleptyki często z nadmiernymi objawami ubocznymi, np. zespół parkinsonowski lub męczliwość.

#### Leczenie

Ze względu na rzadkość występowania tylko niewielkie doświadczenie terapeutyczne. Ewentualne leki przeciwko otępieniu prowadzą do zmniejszenia omamów i objawów demencji (► 3.2.4). Nie stosować leków przeciwpsychotycznych (pogarszają mobilność).

### Wtórne typy otępienia

Otępienie, które jest wywołane chorobami pozamózgowymi lub uszkodzeniami pierwotnie nie dotyczącymi mózgowia. Najczęstsze typowe przyczyny: leki, alkohol lub zaburzenia przemiany materii.

#### Przyczyny

- Zatrucia, niedobory witaminowe, zaburzenia elektrolitowe, alkohol.

- Choroby przemiany materii, choroby immunologiczne, zapalenia, guzy.
- Padaczka, choroby neurologiczne, urazy czaszkowo-mózgowe.
- Choroby psychiczne.

### Leczenie

Leczenie polega na terapii choroby stanowiącej przyczynę.

#### Wskazówki, sposoby postępowania i pułapki

- Dla odpowiedniego zaopatrzenia osób z otępieniem konieczne niezbędna jest diagnostyka różnicowa.
- Zadaniem ośrodka pielęgnacyjnego jest zapewnienie fachowej diagnostyki.
- Nie można postawić rozpoznania na podstawie wewnętrznej oceny w ośrodku opiekuńczym.

## 4.2.2 Pielęgnacja i opieka nad osobami z otępieniem

*Gisela Mötzing*

Nie istnieje standard opieki nad osobami z demencją. Każda osoba z otępieniem reaguje we właściwy sobie sposób na utratę uprzednich możliwości. Konceptcje opieki koncentrują się na zasadzie indywidualności. Osoby z otępieniem potrzebują specjalnej opieki.

Większość osób z otępieniem podlega opiece w środowisku domowym. W przypadku postępującego otępienia w stopniu średnio ciężkim i ciężkim najczęściej konieczne jest przyjęcie do ośrodka opiekuńczego.

### Koncepcje gerontopsychiatryczne

- Zastosowanie biografii, praca biograficzna (► 2.8.2).
- Walidacja integracyjna (► 2.8.6).
- Trening orientacji w rzeczywistości (► 2.8.5).
- Mejojtyka (opieka zorientowana na przeżywanie i przeżycia ► 2.8.7).
- Terapia środowiskowa, kształtowanie środowiska (► 2.8.1).
- Terapia wspomnieniowa (pielęgnacja wspomnień: zob. niżej).

- Sale doświadczania świata (► 2.8.4).
- Stymulacja bazalna® (► 2.8.3)
- Terapia samoobrony (► 2.8.8).

## Sytuacja życiowa osób z otępieniem

Sytuacja osób z demencją zmienia się w sposób istotny. Przeżywają ograniczenie i utratę zdolności duchowych we wszystkich obszarach, co ogranicza ich kompetencje życiowe aż do całkowitej zależności. Chory na otępienie inaczej pojmuje rzeczywistość i w miarę postępu choroby żyje we własnym świecie. Ze względu na ograniczenie funkcji poznawczych następuje reakcja w postaci wyzywającego zachowania, gdy osoby chore nie wiedzą już, czy czują się bezradne, czy są przeciążone i nie rozumieją sytuacji.

## Ogólne cele opieki

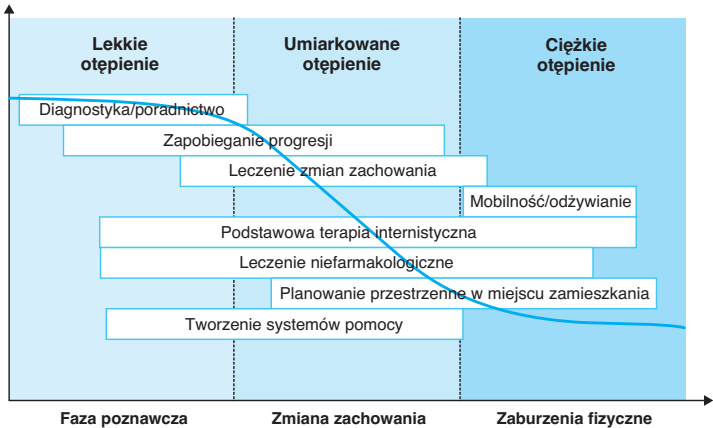
Nie jest możliwe wyleczenie otępienia. Leczenie/opieka są nastawione na stabilizację, zmniejszenie objawów towarzyszących, zachowanie jakości życia, wsparcie krewnych i zapewnienie systemu pomocy.

## Cele ogólne

- Zachowanie jak największej samodzielności/zdolności radzenia sobie w złożonych czynnościach życiowych z orientacją na możliwości.
- Zachowanie i poprawienie dobrego samopoczucia, jakości życia.
- Kształtowanie uznanych relacji z chorym na otępienie i w ramach



Ryc. 4.2 Koncepcja całościowego postępowania w przypadku chorób otępiennych.



Ryc. 4.3 Postępowanie w przebiegu otępienia.

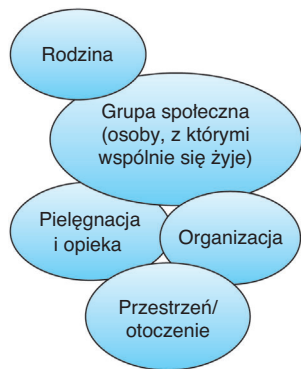
grupy społecznej; akceptacja i docenienie osobowości; opieka bezpośrednia.

- Zapewnienie ochrony i bezpieczeństwa (fizycznego i duchowego) (► 1.11).
- Komunikacja zorientowana na uczucia; walidacja (► 2.8.6).
- Życie w środowisku terapeutycznym z zachowaniem codzienności (zob. niżej).
- Odpowiednie usystematyzowanie dnia i zapewnienie ciągłości.
- Odpowiednie propozycje zajęć i aktywności, właściwe nasilenie bodźców (nieprzeładowanie).
- Odciążenie krewnych.

### Interwencje terapeutyczne

#### Terapia środowiskowa

Ukształtowanie środowiska terapeutycznego (np. kształtowanie otoczenia, forma komunikacji, organizacja dnia, propozycje socjoterapeutyczne) ukierunkowane na potrzeby chorego na otępienie, aby zapewnić jak najlepszą



Ryc. 4.4 Środowisko życia chorego na otępienie [L 138].